



ISSN 1233-2216

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

Zdrowych, pogodnych
Świąt Wielkanocnych,
pełnych wiary, nadziei i miłości.
Radosnego, wiosennego nastroju,
serdecznych spotkań w gronie rodziny
i wśród przyjaciół oraz wesołego Alleluja
życzy
Wielkopolska Izba Lekarska



zapraszają na konferencję do
Courtyard Warsaw International Airport Hotel,
ul. Żwirki i Wigury 1 w Warszawie

Program konferencji

Czwartek, 10 kwietnia, godz. 14.00

Co to jest alergia i skąd się bierze – prof. dr hab. Jerzy Kruszewski
Czy alergia jest dużym problemem? – prof. dr hab. Bolesław Samoliński
Alergeny i inne czynniki przyczynowe alergii – dr Piotr Rapiejko
Alergiczne nieżyty nosa – prof. dr hab. Bolesław Samoliński
Zasmarkane dziecko: problem czy banal – prof. dr hab. Marek Kulus

Piątek, 11 kwietnia, godz. 9.00

Astma wg GINA – prof. dr hab. Piotr Kuna
Anafilaksja. Wstrząs anafilaktyczny – prof. dr hab. Jerzy Kruszewski
Atopowe zapalenie skóry – prof. dr hab. Wiesław Gliški
Pokrzywki – dr hab. Zbigniew Samochocki
Zakończenie godz. 13.00

Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne

Opłata konferencyjna: 90 zł.
Prosimy o wpłatę na konto:
Termedia sp. z o.o.,
ul. Kleeberga 8, 61-615 Poznań
30 1090 1359 0000 0001 0559 9169
(z dopiskiem *Pulmonologia i alergologia*)

Biuro organizacyjne:
Termedia sp. z o.o.
ul. Wenedów 9/1
61-614 Poznań
tel./faks: +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl

Komitet Naukowy:
prof. dr hab. Jerzy Kruszewski

termedia
wydawnictwa
medyczne

www.termedia.pl

Program ramowy

- Epidemiologia chorób układu krążenia i cukrzycy
- Leczenie cukrzycy u chorych z chorobami sercowo-naczyniowymi
- Choroba niedokrwienna serca u osób z cukrzycą
- Nadciśnienie tętnicze a cukrzyca
- Kardiadiabetologia u kobiet
- Zespół metaboliczny
- Problemy ginekologiczne i endokrynologiczne u osób z cukrzycą
- Kardiadiabetologia wieku rozwojowego
- Kardiologia inwazyjna u chorych z chorobą niedokrwienną serca
- Aktywność fizyczna w prewencji i leczeniu pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi i cukrzycą
- Stan psychiczny a ryzyko sercowo-naczyniowe u osób z cukrzycą
- Edukacja u chorych na cukrzycę i chorobę niedokrwienną serca
- Pielęgniarstwo kardiadiabetologiczne

Patroni medialni:

DIABETYK **Lekarz**  Służba Zdrowia **TERAPIA**  **POLSKIE RADIO**

II Ogólnopolski Zjazd Polskiego Towarzystwa Kardiadiabetologicznego

Kardiadiabetologia XXI wieku

Poznań, 17–19 kwietnia 2008 r.
Międzynarodowe Targi Poznańskie

Przewodnicząca komitetu naukowego: prof. dr hab. Ida Kinalska
Przewodnicząca komitetu organizacyjnego: prof. dr hab. Danuta Pupek-Musialik
Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Kardiadiabetologiczne, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, wydawnictwo *Termedia*, wydawca czasopisma *Przegląd Kardiadiabetologiczny*

Biuro organizacyjne

Termedia sp. z o.o.
ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań
tel./faks +48 61 656 22 00
szkolenia@termedia.pl

www.termedia.pl



Diagnoza wstępna

Spis treści

DZIAŁAĆ CZY DYSKUTOWAĆ



Dla pogodzenia interesów lekarzy, pielęgniarek i pacjentów z aktualnymi możliwościami finansowymi potrzeba nowego Einsteina. Tylko gdzie go szukać? W Sejmie na pewno nie. Gdy odbywała się debata na temat ochrony zdrowia, zainteresowanych było tylko 50 czy 60 posłów. Reszta załatwiała swoje sprawy. Rząd deklarował i deklaruje wolę zasadniczych zmian, ale czy starczy mu determinacji i kompetencji? Nie udało się przekazać niewykorzystanych pieniędzy z Funduszu Pracy na zdrowie. Nie udało się też powiększyć składki na NFZ. Niewątpliwie taki zastrzyk finansowy w znacznym stopniu uspokoiłby nastroje i pozwolił przygotować sensowne propozycje podwyżkowe dla pracowników, ale niestety. Nie udało się także przygotować na skutki zmian w organizacji czasu pracy lekarzy, a o takiej potrzebie wiadomo było od dawna. W efekcie mamy to, co mamy, czyli nieprawdopodobne zamieszanie w szpitalach.

Nie mniejszy zamęt spowodowany został podczas kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 2008. To, co zafundowano w stomatologii, przechodzi wszelkie pojęcie. Zawsze przy kolejnej akcji kontraktowania było wiele zamieszania, ale takiego bałaganu, jakie spowodowały decyzje centrali NFZ, nie pamiętam. Co ciekawe, wszyscy zgadzają się, że „coś nie wyszło”, ale woli naprawienia oczywistych błędów brakuje. (Piszę o tym więcej na dalszych stronach).

Zamiast konkretnych zmian mamy działania w sferze dyskusji. Trwa biały szczyt. Przez dłuższy czas przedstawiciele organizacji funkcjonujących w służbie zdrowia zajęli się dyskusjami na temat naszych bolączek i ich przyczyn, o których doskonale wszyscy wiedzą, i to od lat. Nasz kolega, Marek Walkiewicz, uczestniczy w tym spotkaniu i przygotował dla nas krótką notatkę. Gdy prosiłem o więcej szczegółów, odpowiedział, że „na razie nie ma o czym pisać, może później”...

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia zorganizowała naradę na temat nowych ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Co dwa lata ustawa nakłada na fundusz obowiązek przeprowadzenia takiej narady i uzgodnienie nowych warunków. Prezes funduszu przygotowuje projekt zawierający „w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny tych świadczeń oraz warunki ich udzielania”. Nad treścią projektu odbywa się dyskusja, do której zaproszono wszystkie organizacje zrzeszające świadczeniodawców. Gdyby nie doszło do uzgodnienia projektu, to nic się nie stanie. Minister zdrowia sama określi w drodze rozporządzenia nowe warunki ogólne. Narada ma trwać 6 dni. Sądziłem, że jeżeli zaprasza się ludzi z całej Polski, to robi się wszystko, żeby najefektywniej wykorzystać czas i obrady trwać będą cały dzień. Nic podobnego! Urzędnicy NFZ kończą pracę o 15 czy 16, więc nic dziwnego, że spotkania kończyły się o 14 czy 15... Zaproponowany projekt można nazwać konserwatywnym, bo niewiele różni się od starego. Jeżeli są zmiany, to są wygodne dla funduszu, a dziwnym trafem pomijają wszystkie postulaty izby, które znane są funduszowi od 3 lat...

Tak to dyskusje zastępują konkretne działania... Jak długo?

Andrzej Baszkowski

Zdaniem prezesa	4
Omówienie obrad XXVII NOZL	5
Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej	5
Stanowisko Nadzwyczajnego XXVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy w sprawie umów stomatologicznych	6
Omówienie sytuacji w Podstawowej Opiece Zdrowotnej na Nadzwyczajnym XXVII Okręgowym Zjeździe Lekarzy WIL	8
XVI Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy	8
Stop Emigracji Lekarzy 2008	10
Dla siebie i społeczności	12
Poznań? Nie!	13
Bałagan w stomatologii	14
Udzielanie pomocy	16
Zawsze mieć na uwadze nowotwór	18
Okragły stół? Już był...	20
Janusz Karaszewski mistrzem Polski w karate	22
Dawka mediów	22
SHORT CUTS	24
Henryka Staszewska – wspomnienie	26
Alzheimer	26
Wiersze	30

Zdaniem prezesa

Rozmowa ze Stefanem Sobczyńskim,
prezesem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej



STEFAN
SOBCZYŃSKI

Naczelna Rada Lekarska otrzymała niedawno do zaopiniowania projekty kilku niezwykle ważnych ustaw dotyczących służby zdrowia...

Chodzi o trzy ustawy: o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz rzeczniku praw pacjenta, o zakładach opieki zdrowotnej, a także o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Te ustawy nie są projektami rządowymi – one nie wyszły od rządu ani nie zostały zaopiniowane przez inne ciała, nie poddano ich ponadto ustaleniom międzyresortowym, co jest normalnym postępowaniem podczas tworzenia innych ustaw.

W tym wypadku rząd zdecydował bowiem, że ma to być inicjatywa poselska. Odpowiedzialność za ewentualne niedoróbki została więc zrzucana na barki Sejmu. Jako członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej wyraziliśmy zdziwienie, że jest to robione właśnie w ten sposób. Ale prawdziwie nie miłym zaskoczeniem było dla nas to, że owe projekty okazały się nie do przyjęcia. Co więcej, one nie nadają się nawet do poprawek. Muszą być po prostu napisane na nowo.

Innymi słowy, są to buble prawne...

Teksty tych ustaw bardzo dokładnie, punkt po punkcie, analizowaliśmy przez dwa dni podczas ostatniego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej. I określiliśmy dokładnie te paragrafy, z którymi samorząd lekarski absolutnie się nie zgadza. Na przykład w ustawie o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz rzeczniku praw pacjenta znaleźliśmy kuriozalne wręcz zapisy, mówiące m.in. o tym, że rzecznik może w ciągu 14 dni wygzekwować od lekarza prowadzącego praktykę karę w wysokości do pół miliona złotych. I jest to decyzja, od której nie można się odwołać do jakiegokolwiek organu. Inny przykład absurdu legislacyjnego to usankcjonowana w tej

samej ustawie procedura odwoławcza od rozpoznania lekarskiego. Pacjent mógłby więc się odwoływać od takiego rozpoznania, a to już jest ewenement w skali światowej.

Podaję jedynie dwa przykłady, ale zapewniam, że takich bezsensownych zapisów prawnych jest w tych projektach o wiele, wiele więcej. W rezultacie wszystko to niezmiernie wydłuża wejście w życie owych niezwykle potrzebnych przecież ustaw. Ba, naszym zdaniem, w najbliższym czasie jest to wręcz niemożliwe.

Więcej optymizmu przyniósł Panu za to lutowy Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej...

Mogę śmiało powiedzieć, że zjazd zakończył się sukcesem. Przede wszystkim wyrażam wielką radość, że wreszcie przestał istnieć problem komisji rewizyjnej, który narastał w naszej izbie już od kilku lat. Ta sprawa powinna być zresztą znana wszystkim lekarzom, jako że była przeze mnie wielokrotnie nagłaśniana i opisywana. Również delegaci, którzy przyjechali na ostatni nadzwyczajny zjazd, otrzymali dokładne sprawozdanie i wgląd w istotę problemu.

A dzięki temu, że wszyscy uczestnicy doskonale zdawali sobie sprawę z powagi sytuacji, udało się bardzo sprawnie przeprowadzić wybory komisji rewizyjnej. W najbliższym czasie komisja wyłoni swoje władze i przystąpi do przygotowywania materiałów kontrolnych na najbliższy zwyczajny zjazd izby.

Dzięki temu zaś, że komisja rewizyjna zdążyła się ukonstytuować w porę, możliwe stało się przeprowadzenie corocznego zjazdu izby...

Mam nadzieję, że to był ten przełom, dzięki któremu praca Wielkopolskiej Izby Lekarskiej będzie mogła przebiegać w sposób niezaburzony. Chodzi o to, żeby izba mogła się zajmować już tylko sprawami czysto samorządowymi, miast się skupiać na sztucznych problemach i rozliczeniach z poprzednich lat. Na szczęście, zarówno ten okres, jak i wiele innych spraw zostało w izbie uporządkowanych i wyczyszczonych z zaszłości. I tak samo odebrali to wszyscy delegaci, których życzeniem, a wręcz żądaniem było, aby już tamten okres definitywnie zamknąć.

Podczas nadzwyczajnego zjazdu nadarzyła się również okazja do spotkania poszczególnych grup lekarzy...

Kalendarium prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej

Styczeń-luty 2008

25 stycznia	Poznań	– udział w posiedzeniu Prezydium ORL WIL
06 lutego	Poznań	– spotkanie z panią Marszałek Województwa Wielkopolskiego Krystyną Poślednią
08 lutego	Warszawa	– udział w posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej
09 lutego	Ostrów Wlkp.	– spotkanie z Lekarzami Seniorami Delegatury Ostrowsko-Krotoszyńskiej
15 lutego	Poznań	– udział w posiedzeniu Prezydium ORL i Okręgowej Radzie Lekarskiej WIL
16 lutego	Poznań	– udział w obradach XXVII Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Lekarzy WIL
20 lutego	Poznań	– udział w posiedzeniu Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego

>> 25 kwietnia 2008 >>

Powołaliśmy cztery grupy tematyczne. Odbyły się osobne panele dyskusyjne: szpitalnictwa, który prowadził kolega Piotr Śliwiński; panel lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z prowadzącym kolegą Krzysztofem Hajdo; panel podstawowej opieki zdrowotnej pod przewodnictwem koleżanki Elżbiety Marcinkowskiej i wreszcie panel lekarzy dentyków prowadzony przez kolegę Andrzeja Cisłę.

Takie rozwiązanie okazało się nad wyraz trafne, bo dzięki temu mogliśmy w tym samym czasie przeprowadzić cztery dyskusje i to z udziałem samych zainteresowanych. Ten nowy sposób procedowania sprawdził się wyśmienicie i zapewne będziemy z niego w przyszłości korzystali częściej.

Natomiast pod koniec zjazdu wszystkie te problemy, które określono podczas owych paneli, zostały zreferowane ogółowi delegatów. I ta problematyka, już w formie uchwał oraz wniosków, zostanie przedstawiona na najbliższym dorocznym zjeździe Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

W czasie obrad po raz kolejny poruszono jednak sprawę czasu pracy lekarzy...

Nadzwyczajny zjazd przyjął stanowisko w sprawie nieprawidłowości występujących w niektórych wielkopolskich szpitalach, a związanych z interpretacją realizacji prawa lekarza do obowiązkowego odpoczynku po zakończeniu dyżuru medycznego. Istnienie takiego problem sygnalizuje nam wielu lekarzy szpitalnych. Zaniepokojenie samorządu lekarskiego budzi zwłaszcza niezaliczanie lekarzom do czasu pracy tej części dobowego odpoczynku, która wynika z ustalonego harmonogramu, zmuszanie ich do odpracowywania godzin, które przypadały w czasie odpoczynku lub zmniejszanie im wynagrodzenia. Zjazd uznał takie działania za pozbawione podstaw prawnych i zmierzające do dyskryminacji lekarza jako pracownika, a także naruszające przepisy kodeksu pracy oraz ustawę o zakładach opieki zdrowotnej. Jeżeli taka sytuacja będzie się powtarzać, nie wykluczamy w przyszłości podejmowania kroków prawnych w obronie praw lekarzy. ŁK

OMÓWIENIE OBRAD XXVII NOZL

Nadzwyczajny XXVII Zjazd Lekarzy WIL odbył się. Frekwencja wyniosła 64 procent!!!! (a niektórzy straszili, że nie będzie kworum).

Wybrana została Komisja Rewizyjna. W siedmioosobowym składzie znalazło się 5 lekarzy i 2 lekarzy dentyków. Przedstawił jej skład po ukonstytuowaniu się na pierwszym zebraniu wyborczym. Uzupełniono skład Okręgowej Rady Lekarskiej WIL, bo kol. Maciej Orzechowski zostając posłem na Sejm, musiał odejść z Rady. Na to miejsce delegaci wybrali kol. Tadeusza Hadasa.

Uchwalone zostały stanowiska wypracowane w dyskusjach panelowych. Podczas pracy Komisji Skrutacyjnej delegaci obradowali w podziale na specjalistyczne grona: POZ, AOS, dentyści i szpitalnicy. Praca zorganizowana w ten sposób przyniosła merytoryczną dyskusję i szybko doprowadziła do powstania konkretnych wniosków przedstawionych na forum zjazdu. Praca nad nimi będzie kontynuowana na posiedzeniach Rady i na następnym – już zwyczajnym zjeździe. Szkoda tylko, że – jak często bywa – najciekawsza dyskusja wywiązała się na koniec.

Podziękowania za organizację zjazdu należą się pracownikom Biura WIL. Dzięki ich pracy mogliśmy spokojnie obradować i posilać się w trakcie przerw. Ich praca i zaangażowanie spowodowały, że koszty zjazdu obniżono o ok. 20 procent (stoiska firmowe). Pracowali jak zwykle szybko i sprawnie.

Największe jednak podziękowania należą się Wam, koleżanki i koledzy DELEGACI na zjazd. To, że zjazd się odbył i zrealizowano jego cel: wybór nowej Okręgowej Komisji Rewizyjnej, zawdzięczamy tym, którzy poświęcając swój wolny czas, przyjechali. Tak duża frekwencja świadczy o tym, że jest w nas wola pracy na rzecz środowiska. Zmiany w pojmowaniu roli lekarza dzieją się tu i teraz. To, co sobie sami wywalczymy, pozostanie być może na wiele lat. Niech to będą zmiany na lepsze.

Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej



IWONA JAKÓB

Posiedzenie prowadził Przewodniczący ORL WIL, kolega Stefan Sobczyński. Zatwierdzono program posiedzenia, a następnie Prezes przedstawił sprawozdanie z ostatniego posiedzenia NRL:

- członkowie NRL całkowicie odrzucili projekty ustaw dotyczących ochrony zdrowia złożonych w Sejmie jako nienadające się nawet do poprawek, lecz wymagające napisania na nowo,
- dane zebrane przez Ministerstwo

Zdrowia dotyczące zarobków lekarzy, które obecnie kształtują się na poziomie 3500 zł netto dla lekarzy z II st. specjalizacji, natomiast rezydenci zarabiają nadal poniżej 2000 zł (brutto).

Kolega Wojciech Burchardt omówił problemy poruszane na ostatnim posiedzeniu Komisji Kształcenia NRL: 1) każdy lekarz powinien mieć 12 dni płatnego urlopu szkoleniowego w roku, 2) pięćdziesiąt godzin rocznie powinno być przeznaczone na samokształcenie (w czasie pracy), 3) brak wymaganych punktów edukacyjnych powinien mieć znaczenie w konkursach ordynatorskich i egzaminach specjalizacyjnych.

Przyjęto uchwały dotyczące spraw osobowych, m.in.:

- przyznania praw wykonywania zawodu cudzoziemcom,
- listy kandydatów na konsultantów wojewódzkich,
- wyznaczenia członków komisji konkursowych,
- dodatkowych kandydatów na lekarzy sądowych.

Na zakończenie obrad członkowie rady WIL jednogłośnie przyjęli „Stanowisko w sprawie sytuacji występującej w szpitalach” (treść na stronie www.wil.org.pl).

Stanowisko Nadzwyczajnego XXVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z 16 lutego 2008 w sprawie umów o udzielanie stomatologicznych świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2008

Zjazd stwierdza, że efekty postępowania konkursowego, jak i sposób wprowadzania umów stomatologicznych radykalnie odbiegają od oczekiwań środowiska lekarzy dentyków oraz od standardów wzajemnych relacji płatnik-świadczoniodawca, jakich można by się spodziewać w dziesiątym roku funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Po raz kolejny przychodzi stwierdzić, że znaczny wzrost budżetu na świadczenia stomatologiczne na rok 2008 nie został spożytkowany na uzgodnione wcześniej istotne zbliżenie wyceny udzielanych świadczeń do poziomu cen rzeczywistych w stomatologii.

Na ten fakt złożyło się szereg decyzji.

Najważniejsze z nich mają swe źródło w nowej, lecz nie do końca przemyślanej konstrukcji kontraktów stomatologicznych, opisanej w szczegółowych materiałach informacyjnych:

1. Ustanowienie w warunkach wykonywania świadczeń bardzo wysokiego pułapu 1. etatu przeliczeniowego.
2. Zdecydowanie zaniżona wycena punktowa świadczeń protetycznych, ortodontycznych i profilaktycznych niwelująca w dużej części wzrost wyceny punktowej innych świadczeń.
3. Zaniżenie liczby prac technicznych w zakresach leczenia protetycznego i ortodontycznego uniemożliwiające wypracowanie pełnego etatu w tych zakresach.
4. Wydzielenie osobnego zakresu świadczeń skojarzonych i w ślad za tym puli środków zastrzeżonych wyłącznie na świadczenia techniczne.

Ostatni czynnik należy określić jako wyjątkowo nieprzemyślaną decyzję Funduszu, która odbije się nie tylko na placówkach stomatologicznych, ale i w dłuższej perspektywie na pacjentach. Określenie kwoty przeznaczonej na świadczenia techniczne wywołało wrażenie u podwykonawców – w laboratoriach dentystycznych, iż jest to sugerowana czy wręcz obowiązująca lekarzy cena, jaką powinni płacić technikom za każdą pracę techniczną. To mylne i nieoparte faktycznym stanem prawnym wrażenie spotęgowane zostało niektórymi wypowiedziami urzędników Funduszu, jak i brakiem stanowczego sprostowania ze strony Oddziału i Centrali NFZ, iż pomimo swej definicji świadczenie protetyczne i ortodontyczne jest dedykowane stronie umowy z NFZ, czyli placówce stomatologicznej. Każda inna interpretacja tego rozwiązania prowadziłaby do kuriozalnego z punktu widzenia prawa cywilnego wniosku, iż NFZ ma prawo narzucić partnerowi (lekarz) stawki, jakie płaci on z tytułu zupełnie innej umowy cywilnoprawnej (umowa z laboratorium).

To niefortunne rozwiązanie poczynione wbrew opinii samorządu lekarskiego spowodowało lawinę żądań wzrostu cen za prace ortodontyczne i protetyczne, które – jeśli przełożą się na poziom cen w lecznictwie komercyjnym – wywołają znaczący wzrost cen leczenia protetycznego i ortodontycznego, które dedykowane są grupom wiekowym, którym należy się szczególne staranie, czyli osobom starszym i młodzieży.

Ponadto w wyniku niespodziewanego wzrostu cen prac technicznych część placówek stomatologicznych realizujących kontrakt podstawowy zmniejszy wykonanie protez, co również odbije się na dostępności do tych świadczeń.

Sprawozdawczość

1. Niespodziewane i nieopisane w warunkach wykonywania świadczeń zobowiązanie placówek do sprawozdawania powierzchni wypełnień.
2. Kłopoty z oprogramowaniem. Polegają one na tym, że zarówno oprogramowanie komercyjne, jak i udostępnione niedawno oprogramowanie bezpłatne nie jest w pełni funkcjonalne. To ostatnie – co jest szczególnym uchybieniem – pomimo dość długiego okresu przygotowywania nie zawiera obowiązującej na dzień dzisiejszy opcji zaznaczenia powierzchni wypełnień, co czyni ten program bezużytecznym.

Pozbawienie oferentów możliwości rzeczywistego negocjowania warunków kontraktu

Jak wynika z potwierdzonych w protokołach oświadczeń komisji konkursowej instrukcja wydana przez Prezesa NFZ komisjom konkursowym zakłada konieczność dojścia



Optymistyczna troska delegatów.



Nowa komisja rewizyjna oraz rewizorzy z Warszawy.

do porozumienia komisji i oferenta i traktowana jest jako warunek wybrania oferty. Stoi to w sprzeczności z art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakazującej komisjom konkursowym wybór najkorzystniejszych ofert, a nie tylko tych, które spełniają kryteria cenowe określone przez komisję konkursową. Przy braku porozumienia komisji z oferentem podstawą punktacji oferty i ewentualnie przyszłej umowy byłyby wielkości (liczba świadczeń i cena) określone w ofercie.

W ten sposób oferenci pozbawieni zostali praw przysługujących im z tytułu ustawy o świadczeniach i postawieni wobec wymogu konieczności zgody na wyjątkowo sztywne warunki komisji, co stanowi naruszenie art. 147 ustawy o świadczeniach przewidującego, że warunki konkursu są jawne i niezmiennie podczas postępowania. Ten ewidentny mankament postępowania konkursowego dotyczy wszystkich konkursów przeprowadzanych przez każdy z oddziałów NFZ.

Zjazd zobowiązuje Prezydium ORL do wystąpienia do Prezesa NFZ o zmianę tej instrukcji, a w przypadku braku reakcji Prezesa NFZ do Ministra Zdrowia o spowodowanie jej zmiany w trybie nadzoru nad Funduszem.

Wnioski

Zgodnie z przewidywaniami WIL po konkursie zakończonym 21 grudnia 2007 r. pozostało w budżecie WOW

w części na leczenie stomatologiczne blisko 12 mln zł. Środków tych pomimo licznych zabiegów Izby i zdecydowanych żądań oferentów komisja konkursowa nie zdecydowała się przeznaczyć na częściowe zaspokojenie aspiracji cenowych, sztucznie zaniżając cenę. Podkreślić należy, że niektóre inne oddziały NFZ posiadające nie więcej, a nawet mniej środków na świadczenia stomatologiczne w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego zdecydowały się zagwarantować placówkom stomatologicznym wyższe stawki niż w Wielkopolsce.

W dodatkowych postępowaniach konkursowych ogłoszonych przez WOW w styczniu 2008 r. i częściowo unieważnionych w lutym z pewnością też nie uda się zakupić świadczeń w planowanej liczbie.

W związku z powyższym Wielkopolska Izba Lekarska oczekuje od Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ:

1. Przystąpienia po zakończonych uzupełniających postępowaniach konkursowych do niezwłocznej renegotiacji umów stomatologicznych w części dotyczącej również ceny za punkt rozliczeniowy. Izba jest świadoma, że taka procedura wymaga szczególnego uzasadnienia prawnego z uwagi na zastrzeżenia zawarte w art. 158 ustawy o świadczeniach.

Zdaniem WIL takie szczególne okoliczności istnieją choćby z powodu:

- Braku możliwości rzeczywistych negocjacji warunków kontraktu podczas konkursu.

- Nowych elementów rozliczeń, nieznanymi w momencie sporządzania oferty.

- Wyjątkowych utrudnień w rozliczaniu świadczeń w warunkach wdrażania przejścia NFZ na raporty w formatach otwartych.

- Fali wypowiedzeń umów przez pracownice techniczne, które to umowy dołączone do oferty były podstawą sporządzenia ofert – bo wypowiedzeniem warunków umów *de facto* są masowe żądania podniesienia ceny za prace techniczne.

2. Uproszczenia zasad rozliczeń.

3. Zmiany polityki informacyjnej oddziału względem świadczeniodawców. Przekazywanie na bieżąco informacji za pośrednictwem witryny internetowej jest prostym, niekosztującym środkiem usprawniającym relacje gabinet-NFZ, pozwala uniknąć nieporozumień, często wielokrotnego wykonywania tych samych czynności sprawozdawczych.

Od Prezesa NFZ Wielkopolska Izba Lekarska oczekuje przyjęcia partnerskiej postawy wobec przedstawicieli samorządu lekarskiego i rzeczowej dyskusji nad zmianami w zasadach wykonywania świadczeń.

Od wszystkich instytucji publicznych, których to może dotyczyć, Izba oczekuje wsparcia powyższych postulatów, wychodząc z założenia, iż Polska jest na takim etapie rozwoju państwa obywatelskiego, gdzie nie dobra wola instytucji publicznej, ale poszanowanie i wyważenie słuszych praw lekarzy i pacjentów powinno być podstawą podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej.

Omówienie sytuacji w ochronie zdrowia na Nadzwyczajnym XXVII Okręgowym Zjeździe Lekarzy WIL

Podstawowa Opieka Zdrowotna

W trakcie dyskusji nad sytuacją w ochronie zdrowia w aspekcie Podstawowej Opieki Zdrowotnej skupiono się na kilku zagadnieniach:

1. Stan kontraktowania świadczeń i rozliczania świadczeń medycznych.
2. Ogólne warunki umów w przededniu negocjacji z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz projekty ustaw o zakładach opieki zdrowotnej, o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta i powołaniu rzecznika praw pacjenta i o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.
3. Zmiany stosunków własnościowych lokali będących w posiadaniu samorządów terytorialnych, a dzierżawionych przez lekarzy.
4. Zasady postępowania lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizacji umów.

Ad 1

Świadczeniodawcy POZ nadal nie mają podpisanych umów z NFZ. Od 15 lutego zaczynają się pojawiać umowy elektroniczne. Rozliczenie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych nastąpi po dostarczeniu przez NFZ nieodpłatnie aplikacji, zgodnie z porozumieniem przedstawicieli Porozumienia Zielonogórskiego z władzami Narodowego Funduszu

Zdrowia z 14 stycznia 2008 r. Prowadząca panel przypomniła uczestnikom dyskusji, że problem rozliczeń i zapowiadanego w 2007 r. odstąpienia od dostarczania świadczeniodawcom nieodpłatnie programu był wielokrotnie od kwietnia 2007 r. przedmiotem interwencji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w oddziale wojewódzkim NFZ, u prezesa NFZ i w Ministerstwie Zdrowia. Podjęcie wcześniej konstruktywnych rozmów z przedstawicielami świadczeniodawców pozwoliłoby zapobiec obecnej niedopuszczalnej sytuacji, w której lekarze udzielają świadczeń bez umów. Uczestnicy dyskusji zgodnie stwierdzili, że mimo wprowadzenia formatów otwartych NFZ powinien udostępniać jeden prosty, bezpłatny program do rozliczeń, który będzie gwarantował poprawne rozliczenie z płatnikiem. Do tej pory, jak wynika z informacji z wielu regionów kraju, format ten nie działa poprawnie i uniemożliwia rozliczanie. Zwrócono też uwagę, że kierowanie przez lekarzy POZ na tzw. procedury kosztochłonne nie ma umocowania w zapisach warunków szczegółowych i umowy.

Ad 2

Zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych (ze zmianami z 2007 r.) do końca marca tego roku należy

XVI Ogólnopolska Konferencja Młodych

Młodzi lekarze na początku drogi zawodowej stykają się z wieloma problemami, powodującymi czasami tak duże zniechęcenie i brak perspektyw, że jedynym rozsądnym rozwiązaniem wydaje się im wyjazd za granicę w poszukiwaniu możliwości rozwoju zawodowego. Aby zapobiec temu zjawisku i poszukać sposobów poprawy sytuacji, głównie finansowej, na początku pracy zawodowej, przedstawiciele Komisji ds. Młodych Lekarzy z całej Polski spotkali się w Poznaniu na XVI Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy, która odbywała się od 18 do 20 stycznia 2008 r.

Liczyliśmy na spotkanie i merytoryczną dyskusję z ministerstwa zdrowia, która, niestety, w ostatniej chwili odwołała zapowiedziany przyjazd. Z zaproszonych gości, którzy nie zawiedli i czynnie uczestniczyli w naszym spotkaniu, należy wymienić prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Konstantego Radziwiłła,

przewodniczącego Komisji Kształcenia Medycznego NIL Jerzego Kruszewskiego, przewodniczącego Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu Lekarza NIL Ładysława Nekanada-Trepkę, dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia Romana Danielewicza, przedstawicieli Centrum Egzaminów Medycznych z Łodzi, Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego, posłów z Sejmowej Komisji Zdrowia oraz władz WIL – przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej Stefana Sobczyńskiego, przewodniczącą Komisji Kształcenia Aldonę Pietrysiak i przedstawiciela OZZL Piotra Śliwińskiego. Pierwszy dzień konferencji poświęciliśmy na przedyskutowanie we własnym gronie najważniejszych problemów młodych lekarzy. Na pierwszy plan wysunęły się skandalicznie niskie wynagrodzenia lekarzy rezydentów – 70 procent przeciętnego wynagrodzenia sprzed dwóch lat, tj. 1757 zł brutto w 2007 r.

opracować nowe ogólne warunki umów, ponieważ wygasa termin obowiązujących do tej pory.

Naczelna Izba Lekarska w stanowisku z 13 kwietnia 2007 r. zwracała się do centrali NFZ z propozycją rozpoczęcia nowych negocjacji, jako że dotychczasowe nie wypełniają przepisów ustawy z 27 sierpnia 2004 r. z powodu braku w nich realizacji ustawowego obowiązku wskazania sposobu wyceny świadczeń. Powiadomienie uczestników negocjacji w trakcie wskazanych w ustawie 14 dni przed rozpoczęciem negocjacji jest co prawda zgodne z regulaminem, ale ze względu na wąskie ramy czasowe trudno jest przeprowadzić dogłębne konsultacje w środowisku lekarzy i ekspertów. Podejmujemy się jednak tego zadania, a w zespole negocjacyjnym reprezentującym Naczelną Radę Lekarską jest dwóch przedstawicieli Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, w tym prowadząca ten panel.

Przedstawiono również stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie wspomnianych projektów poselskich ustaw, ocenionych przez radę negatywnie z uwagi na to, że zawartość merytoryczna uniemożliwia dalszą pracę nad tymi dokumentami.

Ad 3

Przedstawiono stanowisko Okręgowej Rady Lekarskiej z 4 stycznia 2008 r. w sprawie zmian stosunków własnościowych oraz oceniono skalę propozycji zbycia lokali będących w posiadaniu samorządów terytorialnych, a dzierżawionych przez lekarzy POZ. Zgodnie ze stanowiskiem ORL lekarze uznali, że z powodu zapowiadanych zmian w ochronie zdrowia, oraz braku rozwiązań prawnych służących tym zmianom, należy się wstrzymać z podjęciem ostatecznych decyzji. Przyznano, że ten temat będzie przedmiotem kolejnych dyskusji.

Zwrócono też uwagę na projekt nowelizacji ustawy z 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych ZOZ i zawartej w nim propozycji udzielania pożyczki przez skarb państwa, a także następowym umorzeniu 70 procent kwoty, jak i możliwości uzyskania z funduszy PFRON m.in. dla zakładów opieki zdrowotnej kwoty umożliwiającej dostosowanie lokalu dla osób niepełnosprawnych. Powyższe propozycje są skierowane tylko do publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz spółek prawa handlowego z udziałem samorządu terytorialnego. Tym samym lekarze rodzinni, pionierzy reform, działający jako indywidualne praktyki lekarskie oraz właściciele niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w świetle powyższych nie mogą być beneficjentami oferowanej przez państwo pomocy.

Ad 4

Ten punkt był przygotowany przez prowadzącą panel do przedstawienia szerokiemu gremium lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lekarzy zatrudnionych w szpitalach, lekarzy dentyistów i lekarzy POZ. Ze względu na prowadzenie paneli indywidualnie dla każdej grupy lekarzy. Lekarzom POZ przypominałam dobrze im znany dokument będący załącznikiem do wszystkich umów w ww. zakresach. Brak realizacji tych zasad często bywa zarzewiem konfliktów, w które nierzadko włączany jest pacjent, co przy częstym braku respektowania zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej w relacjach między lekarzami nie poprawia wizerunku naszego zawodu.

Do dyskusji na ten temat powrócimy, bo powrócić trzeba!

ELŻBIETA MARCINKOWSKA
PROWADZĄCA DYSKUSJĘ

Lekarzy

Zaproponowaliśmy poprawkę w ust. 1h art. 16 znowelizowanej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty:

„Lekarz, który odbywa specjalizację w ramach rezydentury, otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne (...) na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok (...) w wysokości nie mniejszej niż 100 procent tego wynagrodzenia”.

Czas wejścia w życie powyższego zapisu wyznaczaliśmy na 1 kwietnia 2008 r. Przekroczenie tego terminu będzie skutkowało rozpoczęciem Ogólnopolskiej Akcji Protestacyjnej Lekarzy Rezydentów. Natomiast od 1 stycznia 2009 r. domagamy się zmiany zapisów w powyższym artykule i ustalenia minimalnego uposażenia lekarza rezydenta na poziomie nie mniejszym niż 200 procent przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku.

Postanowiliśmy zaproponować wprowadzenie współfinansowania wynagrodzeń rezydentów przez dyrektorów szpitali, aby zrównać wynagrodzenie lekarza rezydenta z lekarzem specjalizującym się w ramach umowy o pracę (młodszego asystenta) – lekarze ci wykonują tę samą pracę na oddziale i tak samo realizują program specjalizacji.

W pierwszym dniu konferencji opracowaliśmy również wstępnie Program Młodych Lekarzy – Stop Emigracji 2008.

Drugi dzień upłynął na burzliwej chwilami dyskusji z zaproszonymi gośćmi, głównie posłami z Sejmowej Komisji Zdrowia i przedstawicielem Ministerstwa Zdrowia. Dyskusja dotyczyła przede wszystkim zarobków rezydentów i sposobu ich podwyższenia, ale również czasu pracy lekarzy, projektu rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie o stażu podyplomowym, organizacji LEP i LDEP, zdawania LEP w trakcie stażu podyplomowego, specjalizacji lekarskich i dentystrycznych – określenia zapotrzebowania na daną specjalizację, roli

dokończenie na str. 10

dokończenie ze str. 9

konsultantów wojewódzkich, problemów związanych z przechodzeniem lekarzy na kontrakty a szkoleniem specjalizacyjnym; systemu modułowego specjalizacji lekarskich; potrzeby urealnienia programów specjalizacji lekarskich; przyczyn emigracji młodych lekarzy; relacji prawnych i etycznych kontaktów lekarzy z branżą farmaceutyczną.

Podczas dyskusji zauważalne było rozżalenie młodych lekarzy z powodu odwołania w ostatniej chwili przez ministra zdrowia Ewę Kopacz i wiceministra Andrzeja Włodarczyka przyjazdu. Zaproponowaliśmy wprowadzenie ulgi podatkowej dla rodziców na „dzieci, które zostały lekarzami” – ponieważ ludzie ci, wspomagając finansowo swoje dzieci, pracujące jako lekarze rezydenci, utrzymują niewydolny finansowo polski system ochrony zdrowia...

Rezydenci i opt-out, problemy dotyczące czasu pracy od 1 stycznia 2008 r., organizacji pracy, łączenia umów o pracę i kontraktów dyżurowych, odpowiedzialności cywilnej lekarzy – omówiła mecenas Małgorzata Łakomy, radca prawny WIL.

Piotr Śliwiński z OZZL odpowiedział na pytanie dotyczące wynagrodzenia za godziny, których lekarz nie przepracuje po dyżurze, ponieważ musi obowiązkowo odpoczywać przez 11 godzin. Czy powoduje to zmniejszenie wynagrodzenia za etat? Obecnie są trzy opinie prawne na ten temat: jest to przymusowy czas wolny, więc lekarzowi należy się wynagrodzenie – tę wersję popiera OZZL; lekarz musi odrobić nieprzepracowane godziny w innym czasie; odliczanie nieprzepracowanych godzin od wynagrodzenia. Obecnie czekamy na oficjalną opinię prawną Ministerstwa Zdrowia.

Dorota Mazurek, pełnomocnik zarządu krajowego OZZL ds. reprezentacji rezydentów, przedstawiła problemy doty-

PROGRAM MŁODYCH LEKARZY – Stop Emigracji Lekarzy 2008

Przedstawiciele Komisji Młodych Lekarzy Okręgowych Rad Lekarskich oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, przedstawiciele Klubów Młodych Lekarzy przy Okręgowych Izbach Lekarskich oraz reprezentanci środowiska młodych lekarzy zebrani na XVI Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy proponują przyjęcie pakietu rozwiązań mających w znacznym stopniu poprawić sytuację, zwłaszcza finansową, lekarzy znajdujących się na początku kariery zawodowej i doprowadzić do zdecydowanego zmniejszenia liczby lekarzy wyjeżdżających do pracy poza granicami kraju.

I Staż podyplomowy

1. Deklarowanie przez lekarzy stażystów chęci otwarcia danej specjalizacji oraz trybu odbywania specjalizacji na początku stażu podyplomowego, aby konsultanci wojewódzcy znali wcześniej zapotrzebowanie na daną specjalizację.
2. Coroczny wzrost wynagrodzenia lekarzy stażystów, docelowo w 2009 roku do 100 procent średniej krajowej pensji.
3. 48-godzinny tydzień pracy dla stażystów, 100 procent stawki za godziny tzw. dyżuru lekarskiego, który od 1 stycznia 2008 r. jest wliczany do czasu pracy.
4. Rozszerzenie ograniczonego prawa wykonywania zawodu poza miejsce odbywania stażu podyplomowego – ograniczony czas, a nie miejsce wykonywania zawodu.

II Lekarski i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy

5. Umożliwienie zdawania Lekarskiego Egzaminu Państwowego w trakcie stażu.
6. Tryb odwoławczy – umożliwienie zgłoszenia w ciągu 3 dni zastrzeżeń do pytań oraz rozpatrywanie odwołań przez niezależną komisję.
7. Wgląd we własną kartę odpowiedzi.
8. Opublikowanie w internecie po każdym Lekarskim Egzaminie Państwowym wszystkich pytań wraz z odpowiedziami.
9. Aktualizacja obowiązującego piśmiennictwa, polegająca m.in. na ograniczeniu liczby pozycji.

III Specjalizacje

10. Aktualizacja programów specjalizacji. Zmniejszenie obowiązkowej liczby dyżurów zapisanej w programach specjalizacji. Uwagi można zgłaszać do dr. Węgrzyna w CMKP.
11. Zwiększenie liczby ośrodków akredytowanych do prowadzenia specjalizacji. Konkurencja jakością prowadzenia staży specjalizacyjnych. Ocena ankietami staży specjalizacyjnych. Bezwzględne otwarcie wszystkich miejsc akredytowanych w każdej sesji. Proponujemy akredytowanie wykonywania procedur w danym ośrodku, a nie miejsc – oddziałów lub klinik.
12. Możliwość zmiany podczas tej samej sesji egzaminacyjnej trybu odbywania specjalizacji w wypadku zdania egzaminu na rozpoczęcie specjalizacji i niezakwalifikowania się na miejsce rezydentkie. Proponujemy w powyższej sytuacji możliwość rozpoczęcia specjalizacji na innych zasadach, np. w ramach umowy o pracę z jednostką akredytowaną do prowadzenia specjalizacji.
13. Zróżnicowanie wynagrodzenia w zależności od czasu trwania specjalizacji. Inna jest wiedza, zakres udzielanych świadczeń i samodzielność lekarza rozpoczynającego szkolenie specjalizacyjne niż lekarza podczas 5. lub 6. roku specjalizacji.
14. Zwiększenie zarobków lekarzy rezydentów do wysokości zarobków lekarzy specjalizujących się w ramach umowy o pracę (młodszych asystentów) w danym szpitalu. Dodatki od szpitali do wynagrodzenia lekarzy rezydentów – jest to możliwe, interpretacja prawna znajduje się na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia.
15. Zwiększenie minimalnego uposażenia lekarza rezydenta co najmniej do 200 proc. średniej krajowej pensji brutto. Proponujemy od 1 kwietnia 2008 r. co najmniej 100 procent, a w 2009 co najmniej 200 procent. Jest to minimalne, godne uposażenie uwzględniające obowiązki i odpowiedzialność spoczywające na lekarzach od początku ich kariery zawodowej. Obecnie wynagrodzenie wynosi 70 procent przeciętnego wynagrodzenia sprzed dwóch lat.

czące akcji protestacyjnych, czasu pracy, sposobu walki o wzrost wynagrodzeń lekarzy rezydentów, problemu dodatków do pensji wypłacanych rezydentom przez dyrektorów szpitali i planów na najbliższy okres.

Omawialiśmy nowelizację ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry – przedstawienie przebiegu ostatniego spotkania Sejmowej Komisji Zdrowia przez prezesa NRL Konstantego Radziwiła oraz posła Jakuba Rutnickiego z Sejmowej Komisji Zdrowia. Podkreśliśmy potrzebę lobbingu wśród senatorów, aby opowiedzieli się za wprowadzeniem poprawki dotyczącej wzrostu wynagrodzenia dla lekarzy rezydentów – ustawa o nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza jest już w Senacie.

Problemy dotyczące polityki zdrowotnej przedstawili posłowie Marek Zieliński i Maciej Orzechowski. Paweł Jezierski omówił natomiast akcję „Nie biorę, chcę normalnie zarabiać” oraz procedurę przyznawania stypendiów dla

najlepszych młodych lekarzy – szczegóły na stronie www.wspieramlekarzy.pl.

Dowiedzieliśmy się, że 16 stycznia 2008 r. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego wydało komunikat, że obecnie brak jest podstaw prawnych do obciążania osób ubiegających się o uzyskanie stopnia doktora kosztami związanymi z przeprowadzaniem przewodu doktorskiego.

W ostatnim dniu konferencji rozmawialiśmy na tematy kształcenia lekarzy z przewodniczącym Komisji Kształcenia Medycznego NIL Jerzym Kruszewskim. Po opracowaniu dokumentów podsumowujących nasze trzydniowe spotkanie zakończyliśmy konferencję. Mamy wyznaczone zadania i zaproponowaliśmy sposób ich realizacji. A więc do pracy! I powodzenia...

MACIEJ STACHOWIAK

PRZEWODNICZĄCY KOMISJI DS. MŁODYCH LEKARZY
WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

16. Przenoszenie funduszy z niewykorzystanych staży podyplomowych i rezydentur w danym roku na wzrost wynagrodzeń lekarzy stażystów i rezydentów.
17. Przedstawianie co najmniej z rocznym wyprzedzeniem liczby wszystkich miejsc specjalizacyjnych (w tym rezydentur) we wszystkich specjalizacjach. Uważamy za niedopuszczalne ogłaszanie listy przyznaczonych miejsc rezydenckich kilka dni przed postępowaniem kwalifikacyjnym. Powoduje to konieczność podjęcia decyzji dotyczącej przyszłości oraz kariery zawodowej w ciągu zaledwie kilku dni. Znajomość planów Ministerstwa Zdrowia dotyczących rozdziału liczby przyznaczonych specjalizacji z wyprzedzeniem dwóch sesji pozwoli realnie ocenić szanse na otworzenie danej specjalizacji w najbliższej przyszłości i racjonalnie zaplanować karierę.
18. Zmiany w postępowaniu kwalifikacyjnym na specjalizację: zrezygnowanie z ustnej części egzaminu. Jedynym kryterium decydującym o przyznaniu miejsca specjalizacyjnego powinien być wynik z LEP. Docelowo wybór specjalizacji, trybu specjalizacji i miejsca odbywania specjalizacji powinien być dokonywany przez lekarzy i lekarzy dentystrów na podstawie wyników – odpowiednio – Lekarskiego Egzaminu Państwowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego z jednolitej ogólnopolskiej bazy miejsc specjalizacyjnych w kolejności ustalonej na podstawie liczby zdobytych punktów na egzaminach. Zniesienie przymusowej przerwy pomiędzy końcem stażu a terminem rozpoczęcia specjalizacji lub przedłużenie, na wniosek lekarza stażysty, stażu podyplomowego o płatny urlop szkoleniowy do czasu rozpoczęcia specjalizacji. Okresy pomiędzy stażem podyplomowym a rozpoczęciem specjalizacji (trwające kilka miesięcy) znacznie zmniejszają szanse młodych lekarzy na rynku pracy. Uniemożliwia to podejmowanie długofalowych kroków (m.in. kredyty mieszkaniowe), które zdecydowanie sprzyjałyby pozostawianiu lekarzy w kraju.
19. Zakończenie szkolenia specjalizacyjnego egzaminem – okres pomiędzy końcem specjalizacji a egzaminem spe-

cializacyjnym nie powinien być dłuższy niż trzy miesiące. Przed egzaminem specjalizacyjnym powinien przysługiwać lekarzowi trzymiesięczny urlop szkoleniowy. W przypadku rezydentury byłaby ona przedłużona o ten okres płatnego urlopu szkoleniowego. Lekarze po rezydenturze, a przed egzaminem specjalizacyjnym, praktycznie nie są w stanie podjąć pracy i muszą korzystać z pomocy powiatowych urzędów pracy. Przedłużenie rezydentury o trzymiesięczny płatny urlop szkoleniowy nie narazi państwa na znaczące wydatki.

20. Powołanie zespołu doradczego lub rzecznika ds. młodych lekarzy przy Ministerstwie Zdrowia.
21. Przyznanie lekarzom ulgi podatkowej przeznaczonej na doksztalcenie. Lekarze na początku kariery muszą przeznaczyć znaczne sumy na spełnienie ustawowego obowiązku doksztalcenia. Pomimo stosunkowo łatwej dostępności wielu kursów i podręczników, ceny tych źródeł wiedzy w stosunku do zarobków młodych lekarzy praktycznie wykluczają ich wykorzystanie.

ANDRZEJ GAWRECKI, SEKRETARZ KONFERENCJI

MARCIN KAROLEWSKI, PRZEWODNICZĄCY KONFERENCJI



Śremskie Koło Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Dla siebie i społeczności



Choć sprawy decydujące o kondycji środowiska medycznego weszły pod koniec ubiegłego roku w decydującą fazę, śremscy lekarze, jak zawsze, znaleźli czas i siły do działań na rzecz społeczności, w której żyją. Nie od rzeczy będzie przy tej okazji zauważyć, że prezes śremskiego koła PTL dr Barbara Siwińska została swego czasu Człowiekiem Roku za promocję miasta. W tym roku podjęła się wraz kołem, burmistrzem Adamem Lewandowskim i lokalnym tygodnikiem „Tydzień Ziemi Śremskiej” organizacji zjazdu wybitnych śremsian, rozproszonych w kraju i za granicą, ale przynajmniej się do swoich korzeni i pragnących odnowić łączące ich więzi. Jak się okazało, wśród nich znalazła się grupa wybitnych lekarzy. Aby się przekonać, że nie są to słowa na wyrost, warto przedstawić ich sylwetki.

Doktor nauk medycznych Zygmunt Cwojdzński, ordynator oddziału ginekologii i położnictwa w szpitalu MSWiA w Poznaniu, autor i współautor 68 prac naukowych z zakresu ginekologii, onkologii ginekologicznej i perinatologii, członek honorowy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, śremsianom znany z okresu pracy w Klinice Ginekologii i Położnictwa przy ul. Polnej w Poznaniu, niejedno śremskie dziecko zawdzięcza mu zdrowie i życie. Może też dlatego powitano go burzą oklasków.

Profesor Zbigniew Kwias, ordynator oddziału urologicznego szpitala im. Strusia w Poznaniu, wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Urologicznego, bywa w Śremsie często, kiedy tylko czas mu na to pozwala, regularnie uczestniczy w spotkaniach śremskiego koła Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. To lekarz wielkiego serca, naukowiec, profesor nauk medycznych w dziedzinie urologii, autor i współautor ponad 350 prac naukowych i referatów, członek wielu kolegiów redakcyjnych czasopism naukowych.

Profesor Tadeusz Maliński z Uniwersytetu w Ohio, obdarowany tytułami doktora *honoris causa* uniwersytetów w Sao Paulo, Wiedniu, Zurychu i Gdańsku, odznaczony przez prezydenta USA medalem Presidential Medal of Honor, oraz przez prezydenta RP Kawalerskim Krzyżem Orderu Zasługi, jest dwukrotnym kandydatem do Nagrody Nobla w dziedzinie che-

mii i medycyny. Właśnie za osiągnięcia w tej dziedzinie ten wybitny chemik z wykształcenia jest laureatem prestiżowej Gemi Award za najbardziej innowacyjne odkrycie w medycynie – pionierskie zastosowanie nanotechnologii do badania procesów życiowych. To między innymi dzięki niemu wiemy, jak długo może bić nasze serce, i nic dziwnego, że został zaliczony w poczet honorowych członków Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, z którym utrzymuje żywe kontakty. Jak się zwierzył – w roku 2007 przebył aż 85 tysięcy kilometrów, aby być pięć razy w Śremsie.

Nazwisko profesora Leszka Romanowskiego śremsianie dobrze znają, bo profesor kontynuuje rodzinne tradycje – lekarzem jest jego ojciec i brat. Sam profesor należy do śremskiego koła Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i bywa tu tak często, jak czas mu na to pozwala. Chociaż tego czasu ma niewiele, bo pełni funkcję zastępcy kierownika Katedry i Kliniki Traumatologii, Ortopedii i Chirurgii Ręki w Poznaniu. Przebywał na stażach zagranicznych w Niemczech, Austrii, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych. Pracował na oddziale chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej akademickiego szpitala w Salt Lake City w USA. Trudno zamknąć w kilku zdaniach jego dorobek naukowy, na który składa się ponad 200 prac naukowych, wykłady na posiedzeniach polskich i zagranicznych towarzystw naukowych, praca w 34 komitetach naukowych.

O tym, że profesor Wojciech Służewski również kontynuuje rodzinne tradycje lekarskie, wie chyba każdy śremsianin. Jego rodzice, Tadeusz i Halina Służewscy, to lekarze, którzy przez wiele lat dbali o zdrowie śremsian. Kiedy profesor przedstawił obecną na sali dr Halinę Służewską, powiedział, że przypuszczalnie na tej sali niejedną z obecnych przyszedł na świat pod okiem i opieką jego mamy. W pewien sposób kontynuuje specjalizację swojej mamy, bo jest kierownikiem Kliniki Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej Akademii Medycznej w Poznaniu. Na swoim koncie naukowym ma 242 publikacje dotyczące chorób zakaźnych wieku dziecięcego, neurologii

dziecięcej i pediatrii. Należy również do śremskiego koła Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Ci znani lekarze znaleźli się w towarzystwie tak wybitnych śremsian, jak między innymi profesor Jan Berdyszak, malarz, rzeźbiarz, grafik, prorektor Akademii Sztuk Pięknych w Poznaniu; prawnuk generała Dezyderego Chłapowskiego – Antoni Chłapowski; profesor Zygmunt Kaczmarek, wicedyrektor Instytutu Genetyki Roślin Polskiej Akademii Nauk w Poznaniu; profesor Andrzej Kostrzewski dyrektor Instytutu Paleogeografii i Geoekologii UAM; profesor Józef Orczyk wieloletni prorektor poznańskiej Akademii Ekonomicznej, potem rektor Wyższej Szkoły Zarządzania i Bankowości w Poznaniu, a obecnie rektor



Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koninie, czy wiceprezydent Poznania Jerzy Stępień.

Nie raz na imprezach organizowanych przez śremskie koło Polskiego Towarzystwa Lekarskiego był prezes Zarządu Głównego PTL profesor Jerzy Woy-Wojciechowski. Tak było i tym razem. Kiedy profesor Wojciech Służewski mówił o tym, iż z domu rodzinnego i tego miasta zabrał wyposażenie na życie i często zastanawiał się, jak te wartości wyniesione z małego miasta sprawdzą się w świecie, i jak potem okazały się one wartościami uniwersalnymi, mocną podstawą, puentę do tego dodał prof. Jerzy Woy-Wojciechowski. Powiedział, iż żałuje, że nie jest śremianinem, ale jest dumny, że jest Polakiem, spotykając takich ludzi, bo „to Polska właśnie”.

Prof. Woy-Wojciechowski, prof. Tadeusz Maliński i doktor Barbara Siwińska wręczyli też odznaczenia Zarządu Głównego PTL. Profesor Zbigniew Kwias otrzymał najwyższe odznaczenie medyczne *Bene Meritus* za ofiarną służbę w ochronie zdrowia i życia ludzkiego. Doktor Anna Gendaszyk-Tiszer i doktor Ryszard Zawadzki zostali wyróżnieni odznaką Zasłużonemu – Polskie Towarzystwo Lekarskie za ochranianie wartości najwyższej, jaką jest życie ludzkie, za wrażliwość na krzywdę, cierpienie, chorobę i niedostatek, za wiarę w ludzką życzliwość, za dbanie o godność człowieka, a także o honor i prestiż stanu lekarskiego. To mocne i duże słowa, ale profesor Zbigniew Kwias, dziękując za odznaczenie, powiedział, że chciałby to odznaczenie ofiarować tym swoim pacjentom, którym nie był w stanie pomóc.

Następnie dr Barbara Siwińska odczytała wniosek, który śremskie koło PTL skieruje do przewodniczącej Rady Miejskiej o nadanie honorowego obywatelstwa miasta Śremu profesorowi Tadeuszowi Malińskiemu. – *Nauka nie ma ojczyzny, ale uczonego ją posiada, a profesor zawsze podkreśla swoje związki z ojczyzną, która także o nim pamięta. Czas więc na Śrem* – powiedziała.

Zjazdy wybitnych śremian „Śremianie nie gęsi i swych Wielkich mają” będą kontynuowane i można się spodziewać, że przy ich organizacji nie zabraknie lekarzy ze śremskiego koła PTL. A zakończyło ono ubiegłoroczną działalność tradycyjnym spotkaniem wigilijnym, może bardziej kameralnym niż dotychczasowe, ale – jak wszystkie – z przesłaniem dzielenia się z innymi. Tym razem adresatem pomocy i gościem było Koło Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Smoki, działające w strukturach Fundacji na rzecz Rewaloryzacji Miasta Śrem. To dla nich przeznaczono pieniądze z aukcji i niektórych prezentacji artystycznych członków śremskiego koła PTL, wśród których była dr Grażyna Perlińska-Siuda, uczestnicząca jako lekarz wolontariusz w turnusach dla dzieci niepełnosprawnych, próbująca swoich sił w muzyce, pracach plastycznych, poezji i prozie. Jest ona członkiem Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Swoje lalki nieraz wystawiała na aukcjach organizowanych na rzecz dzieci potrzebujących pomocy.

W świąteczny nastrój i refleksje o rozpoczynającym się roku wprowadziła przepiękna „Pastorałka dla wołu i osła” w wykonaniu studentów II roku Wydziału Wokalnego Akademii Muzycznej im. Ignacego Paderewskiego w Poznaniu pod kierownictwem profesora Zbigniewa Grochala. To dzięki sponsorom. I w ten sposób dobro odplaciło dobrem i tak powinno w naszych społecznościach, małych i dużych, być.

BARBARA NOWICKA

Poznań? Nie!

Wiadomość dotarła do Poznania z końcem 2007 roku. Trafiła na czołówki gazet. W „Gazecie Wyborczej” napisano: „To ogromna szansa nie tylko dla mieszkańców naszego miasta, ale i dla całego regionu – cieszą się kardiochirurdzy. W Poznaniu będziemy przeszczepiać serca. Decyzja właśnie zapadła w Ministerstwie Zdrowia”.

Niestety, nie będziemy przeszczepiać. Ta wiadomość dotarła do Poznania w połowie lutego 2008 r. Resort, powołując się na negatywną w tej sprawie opinię Krajowej Rady Transplantacyjnej, zgody nie wydał. Ale po kolei.

Czasu jest niewiele. Serce trzeba wszczepić biorcy w ciągu czterech godzin. Niekiedy nawet samolot jest zbyt wolny, by sprostać reżimowi czasu. Skomplikowaną operację można wykonać tylko w Krakowie, Warszawie i Zabrzu. A dlaczego nie również w Poznaniu?

Ta myśl zaczęła dojrzewać, gdy w Szpitalu Klinicznym im. Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego powstał nowoczesny blok operacyjny wraz z zapleczem. Z czasem myśl ta przybrała postać wniosku do Ministerstwa Zdrowia o wydanie zgody na transplantacje. Jej uzyskanie oznaczałoby, że Poznań będzie czwartym w Polsce ośrodkiem transplantologii. Kardiochirurdzy byli optymistami. Wierzyli, że mają w rękę mocne argumenty.

Nie było łatwo. Nie brakowało bowiem przeciwników tego pomysłu. Wśród nich był prof. Zbigniew Religa. Jego zdaniem, zwiększanie liczby ośrodków mogłoby negatywnie wpływać na jakość ich pracy. Sprawa bliska była jednak szczęśliwego finału.

Niestety, na krótko. Oto bowiem Krajowa Rada Transplantacyjna zdecydowała, iż w Poznaniu nie będzie się przeszczepiać serca. Wykorzystując to stanowisko, resort powstrzymał się z ostatecznym wydaniem zgody. Ewa Gwiazdowicz, rzecznik prasowy Ministerstwa Zdrowia, powiedziała „Gazecie Wyborczej”, że „według opinii rady, poznański ośrodek ma najpierw wdrożyć program przeszczepiania płuc”.

Gdyby taki ośrodek powstał w Poznaniu, bez wątplenia wzrosłaby liczba przeszczepów. W ubiegłym roku wykonano ich w Polsce ponad 60. W Poznaniu jest wszystko, co niezbędne. Świetna kadra, świetne wyposażenie szpitala. Niestety, to nie przekonało Ministerstwa Zdrowia. Szkoda.

(ap)



Peryskop

Dzieciom warto badać wzrok

Połowa dzieci w wieku szkolnym ma problemy ze wzrokiem – wynika z przeprowadzonych w Warszawie badań uczniów klas II szkół podstawowych.

Wady wzroku są często przyczyną trudności z nauką i problemów wychowawczych. Wiele dzieci ma problemy ze wzrokiem, jednak nie zdaje sobie z tego sprawy – po prostu nie wiedzą, co to znaczy widzieć prawidłowo. Tym większa jest rola rodziców. Jeśli dziecko ma bóle głowy lub oczu, złe samopoczucie, jest apatyczne, niechętnie czyta, mruży oczy – trzeba iść z nim do okulisty. Okresowe badanie powinno się także przeprowadzać raz w roku.

Wbrew pozorom najczęstszą wadą okazała się dalekowzroczność (80 procent wad), a nie krótkowzroczność (10 procent). Pozostałe wady to między innymi zaburzenia widzenia barw oraz zez. Szczególnie rzadka (około 1 procent wad) i trudna do wykrycia, a zarazem niebezpieczna jest różnowzroczność – u niektórych dzieci jedno oko jest gorzej rozwinięte, a mózg odbiera obrazy tylko z „lepszego”. Zaniedbana wada wzroku ogranicza sprawność i uniemożliwia na przykład wykonywanie zawodu pilota czy kierowcy.

Objmujące ponad 1400 dzieci badania w ramach profilaktycznego programu wczesnego wykrywania wad wzroku i zezów wśród dzieci klas II szkół podstawowych przeprowadzono w listopadzie i grudniu 2007 r., dzięki wspólnej inicjatywie Miasta Stołecznego Warszawy oraz Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego. 37 procent badanych miało wady kwalifikujące się do leczenia. Zdaniem prof. Jerzego Szafflika, który kieruje Klinicznym Szpitalem Okulistycznym, takie przesiewowe badania powinny obejmować wszystkie dzieci i być przeprowadzane w określonym momencie życia, na przykład po przejściu do II klasy. Badania przesiewowe obejmują ankietę skierowaną do rodziców, badanie ostrości wzroku, widzenia stereoskopowego, pomiar długości gałki ocznej oraz badanie w lampie szczelinowej połączone z oceną dna oka.

W 2008 r. zbadanych ma być znacznie więcej dzieci – stołeczny ratusz przeznaczy na ten i inne programy zdrowotne ponad 28 mln zł.

Bałagan w stomatologii

Tak jeszcze nigdy nie było. Zamieszanie z kontraktami na świadczenia stomatologiczne nigdy nie było większe. Wina leży głównie po stronie centrali, która swoimi decyzjami lub ich brakiem wprowadziła wiele zamieszania.

Oczywiście należy odnotować, że realizacja procedur dentystycznych stała się bardziej opłacalna, aczkolwiek nadal daleko nam do cen rzeczywistych. Czekamy na ruch centrali NFZ. Jesteśmy z nią w kontakcie i wyglądamy właśnie nowych propozycji finansowych. Będzie o nie trudno, bo – jak powiedział prezes Grabowski – „szpitale wysłały wszystko”...

Tymczasem udało się doprowadzić do zlikwidowania konieczności zaznaczania powierzchni leczonych zębów i wypełniania diagramów elektronicznych. W najbliższym czasie uporządkowane mają być świadczenia w znieczuleniu ogólnym oraz te, których wartość uległa obniżeniu w porównaniu z rokiem ubiegłym.

Największe niezadowolenie budzą protezy dentystyczne i aparaty ortodontyczne. Na wykonaniu protezy całkowitej lekarz traci w stosunku do roku 2007 około 40 złotych. Stało się tak z powodu niedotrzymania słowa przez

prezesa – jeszcze Andrzeja Sośnierza – w sprawie finansowania wykonywania protez. Wiadomo było od początku, że punkty ustalone przez NFZ za protezy są zaniżone. Na nasze uwagi prezes odpowiedział, że bardzo zależy mu na skróceniu czasu oczekiwania na protezy, więc planuje, że „spodziewana wartość punktu będzie wynosiła około 1 złotego plus współczynniki korygujące w wysokości 1,2 lub 1,3, właśnie na protezy”. Dodał przy tym, że bardziej realna wartość współczynnika to 1,2, więc raczej tej wartości mamy się trzymać. Proszę policzyć, ile dostawalibyśmy, gdyby prezes dotrzymał słowa... Teraz cały czas domagamy się powrotu do współczynników. Gdyby wynosił on 1,2, to przy aktualnej wartości punktu dostawalibyśmy za protezy tyle samo co w ubiegłym roku.

Wiele zamieszania wywołało te niefortunne 150 złotych dla technika. Ta kwota to efekt wizyty w NFZ prezesa Stowarzyszenia Techników Polskich, który przekonał A. Sośnierza, że tyle właśnie technik powinien dostawać na świadczenia protetyczne, tzn. za wykonanie protez, aparatów ortodontycznych i za wszelkiego rodzaju naprawy. O ile nad zapłatą za protezy można dyskutować, o tyle kwota 150 złotych za naprawy jest skandaliczna. Teraz na-

Zjazd Absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu rocznik 1982–1988

31 maja 2008 roku organizujemy zjazd z okazji 20-lecia ukończenia studiów. Po spotkaniu na uczelni wieczorem planowany jest bankiet w „Piano Bar” w Starym Browarze. Szczegółowy program – po zgłoszeniu.

Koszt uczestnictwa:

250 zł dla absolwenta, 200 zł dla osoby towarzyszącej.

Wpłaty na konto: Katarzyna Szymanowska, ul. Kasztelańska 18, 60-316 Poznań
89 1090 1359 0000 0001 0845 5727

Zgłoszenia na adres: kubiak.aleksandra@gmail.com

Informacje: Kaja Szymanowska – 603 077 581, Hanna Płotast – 601 729 084



prawki kosztują 30–40 złotych przeciętnie, skąd więc taki skok?! Gdybyśmy płacili technikowi mniej niż 150 złotych za protezę, to z „zaoszczędzonych” pieniędzy moglibyśmy zrobić w skali kwartału czy roku kilka protez więcej. I to jest niewątpliwie nasza strata. Z drugiej jednakże strony – kolejki oczekujących na protezy są takie, że przy spokojnej realizacji kontraktu pracy protetycznej starczy nam na 6–7 miesięcy...

Nie ma jeszcze decyzji, w jaki sposób lekarze realizujący kontrakt specjalistyczny z protetyki będą mogli go zrealizować w całości. Dziś minimalna wysokość kontraktu to 6000 punktów, a możliwości finansowe gwarantują jego wykonanie tylko w części. Jest to oczywista bzdura wymyślona przez centralę NFZ. Teraz centrala zastanawia się, jak z tego wyjść. Od ponad dwóch miesięcy...

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w Poznaniu studiujący w latach 1952–1958

Komitet organizacyjny obchodów 50-lecia dyplomatorium prosi o nadsyłanie zgłoszeń uczestnictwa, wypełnionych ankiet oraz zdjęć do 15 kwietnia br. na adres: dr med. A. Kierzkowska, Przychodnia Spec. „Celsus”, ul. Unii Lubelskiej 1, 61-249 Poznań, z dopiskiem „Zjazd” oraz dokonanie wpłaty 250 zł (na koszty organizacyjne oraz spotkanie towarzyskie) na adres: Dziekanat Wydziału Lekarskiego I – pani Jolanta Miśkiewicz, UM, ul. Fredry 10, pokój 019, 61-701 Poznań.

Uroczystości odbędą się 25 października br.

w Auli Uniwersytetu im. A. Mickiewicza

Peryskop

Nowy system wspomaganie serca dla dzieci

System wspomaganie serca dla dzieci, który dałby choremu sercu czas na regenerację lub pozwolił doczekać do przeszczepu, chce zbudować Fundacja Rozwoju Kardiologii (FRK) w Zabrze. Fundacja opracowała system wspomaganie serca dla dorosłych, z powodzeniem stosowany od kilkunastu lat. Korzysta z niego sześć polskich ośrodków kardiologicznych, pomógł dotychczas ponad 200 chorym.

Budowa systemu pediatrycznego to właśnie efekt wielu zapytań lekarzy z ośrodków stosujących wersję dla dorosłych. Ze względu na rozmiary i inną specyfikę układu krążenia u dzieci można ją stosować u pacjentów mających co najmniej 14 lat, w wypadku młodszych nie zdaje egzaminu.

Jak podkreśla kierownik Pracowni Sztucznego Serca zabrzańskiej fundacji Roman Kustos, budowa urządzenia dla dzieci nie polega jedynie na zmniejszeniu tego dla dorosłych.

System będzie przeznaczony dla dzieci w wieku szkolnym. Młodsze, np. noworodki, wymagałyby jeszcze bardziej skomplikowanego urządzenia i choć Kustos nie wyklucza w przyszłości takiego przedsięwzięcia, na razie go nie planuje. Prace już się rozpoczęły, prototyp ma powstać za rok, a gotowy system – za dwa lata.

– *Stosowanie wspomaganie serca do jego regeneracji to dziedzina dynamicznie rozwijająca się w całej Europie. Również polskie ośrodki zyskują w tym coraz większą praktykę i czas stosowania wspomaganie wydłuża się, z korzyścią dla chorych* – powiedział Roman Kustos. Pieniądze na ten cel gromadzono m.in. podczas zbiórki na antenie TVP 1 pod hasłem „Serce masz tylko jedno”. Licytowano m.in. grafikę Zdzisława Beksińskiego oraz srebrną szkatułkę ofiarowaną przez premiera Hiszpanii Jose Luisa Zapatero. Do końca miesiąca można natomiast wysyłać SMS-y z hasłem „Serce” na nr 72502 (2,00 zł + VAT).

Tegoroczny program „Serce masz tylko jedno” był już czwartą edycją zbiórki funduszy na rzecz Fundacji Rozwoju Kardiologii na antenie TVP 1. Łączny dochód z widowisk w poprzednich latach wyniósł ponad 1 mln zł.

Z medycznej wokandy

Jeszcze jedno spojrzenie na problem

Udzielanie pomocy



JĘDRZEJ
SKRZYPCZAK



GRZEGORZ WRONA

Tym razem na problem obowiązku udzielenia pomocy proponujemy spojrzeć z innej strony. Chodzi mianowicie o to, czy właśnie fakt udzielenia pomocy może rodzić odpowiedzialność prawną lekarza. Brzmi to być może niedorzecznie. Tak jednak zdarzyło się w przypadku

jednej ze spraw rozpatrywanych przez Naczelny Sąd Lekarski.

Pani Aleksandra W., ordynator oddziału anestezjologii i intensywnej terapii w pewnym szpitalu, zdecydowała o przyjęciu dwóch pacjentów nieubezpieczonych, gdyż do ich hospitalizacji były bezwzględne życiowe wskazania. Bez wątplenia odmowa natychmiastowej hospitalizacji i natychmiastowego wdrożenia intensywnego leczenia mogła stanowić zagrożenie dla ich życia.

Następnie właśnie z powodu udzielenia pomocy zastępca dyrektora ZOZ ds. lecznictwa dr Teresa P. wymierzyła ordynator karę dyscyplinarną nagany z powodu przyjęcia tych dwóch chorych, ponieważ nie byli oni ubezpieczeni. Została zatem ukarana w trybie odpowiedzialności pracowniczej za udzielenie

pomocy. Nagana została udzielona na piśmie i wręczona ukaranej tego samego dnia i już kilka godzin po przyjęciu tych chorych na oddział anestezjologii i intensywnej terapii. Od tej kary w trybie przewidzianym kodeksem pracy dr Aleksandra W. odwołała się do dyrekcji ZOZ, z uzasadnieniem, że przyjęcie chorych wynikało z bezwzględnych życiowych wskazań, a odmowa ich niezwłocznego przyjęcia w sposób bezpośredni zagrażała ich życiu. W tej sytuacji zatem lekarz ma bezwzględny obowiązek kierować się przede wszystkim zasadami i wskazaniami medycznymi, a nie przepisami administracyjnymi.

Dyrekcja zdecydowała o anulowaniu kary, ale nie z powodów, które podnosiła ukarana, ale z przyczyn formalnych, co wyraźnie podkreślono w pisemnym zawiadomieniu ukaranej o anulowaniu kary. Stwierdzono tu jednocześnie, że stanowisko dyrekcji w tej sprawie nie uległo zmianie, to znaczy, że wymierzenie kary było w pełni zasadne.

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, na podstawie skargi ordynator, we wniosku o ukaranie dyrektor przedstawił zarzut, że udzielając kary dyscyplinarnej – nagany – naruszyła przepisy art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 69 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Przypomnijmy, że zgodnie z art. 7 ustawy – żadne (...) okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, a w myśl art. 69

Szanowni Państwo.

Pomysł publikowania artykułów w cyklu „Z medycznej wokandy” uważam naprawdę za znakomity. Nic tak nie uświadamia zagrożeń wynikających z wykonywania zawodu lekarza jak „przypadki z życia”. Ostatni artykuł jest nie mniej ciekawy niż poprzedni, a nawet ciekawszy, jako że opisane wydarzenie i jego konsekwencje nasuwają pewne wątpliwości.

Z przytoczonych artykułów kodeksu etyki lekarskiej wynika, że lekarz nigdy nie może odmówić udzielenia pomocy w sytuacji, gdy zwiłoka w jej udzieleniu mogłaby „spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. Nasuwa się więc wniosek, że nic, ale to absolutnie nic, nie zwalnia lekarza z tego obowiązku, czyli musi on (pod groźbą kary) podjąć działanie nawet w czasie własnej ciężkiej choroby, kalectwa czy będąc pod mniejszym lub większym wpływem alkoholu.

Podaję też, że prawidłowo ocenić, czy dany przypadek jest „niecierpiącym zwłoki” lekarz będzie mógł dopiero po osobistym zbadaniu „przypadku”, ponieważ wzywający pomocy pacjenci lub ich bliscy mają tendencję do wyolbrzymiania objawów. Naczelny Sąd Lekarski widać też miał pewne wątpliwości, gdyż podkreślił, że „obwiniona nie udowodniła, aby jej stan zdrowia czy trzeźwości wyłączył możliwość zrealizowania nałożonych przepisami na lekarza powinności niesienia pomocy ciężko chorym, bez względu na efekt tej pomocy oraz służebnej roli lekarza w stosunku do chorych i ich rodzin”. Ten akapit sugeruje, że jakieś możliwości usprawiedliwionej odmowy są, należy tylko udowodnić ten stan zdrowia lub nietrzeźwości. Jak to zrobić, staje się kwestią szczególnie pilną w związku ze zbliżającymi się świętami. Humanitarny obowiązek niesienia pomocy także po spożyciu alkoholu jest wielce ryzykowny dla

lekarza w związku z publiczną nagonką na lekarzy, a na lekarzy po spożyciu alkoholu w szczególności. Rodzi się pytanie, czy działania podjęte po spożyciu alkoholu nie zostaną przez sąd lekarski i sądy powszechne uznane za szkodzące i nie będą podstawą do ukarania i zasądzenia odszkodowania?

Równocześnie przyjęcie założenia, że lekarz nie ma prawa do picia alkoholu i to w jakichkolwiek ilościach (chodzi oczywiście o czas prywatny) dyskryminuje go jako człowieka i budzi uzasadniony sprzeciw. Podejmowanie działań ratunkowych i leczniczych w każdych warunkach na podstawie wyżej wymienionych artykułów kodeksu etyki jest ryzykowne dla każdego lekarza, także niebędącego pod wpływem alkoholu. Zawsze można się liczyć z zarzutem, że podjęte działania zaszkodziły pacjentowi, ponieważ udzielający ich lekarz nie miał odpowiedniego przeszkolenia, umiejętności itd. Na podstawie takich argumentów pacjenci dochodzą odszkodowań. Jak zatem widzimy, możemy być ukarani przez sąd lekarski powszechny zarówno w razie udzielenia pomocy, jak i w razie odmowy jej udzielenia. Interpretacja ta nie jest tak szalona, jakby się to wydawało – w książce „Doktorzy” Erich Segal opisuje, jak lekarze amerykańscy unikali udzielania pomocy we wszystkich nagłych przypadkach omdleń, zadławień, utrat przytomności, wypadkach i innych stanach zagrożenia z uwagi na roszczenia odszkodowawcze pacjentów. Roszczenia były wnoszone niezależnie od tego, jaki skutek spowodowało działanie lekarza. Wszystkie znaki na niebie i ziemi wskazują, że jako społeczeństwo dziarsko idziemy w tym właśnie kierunku (przygotowywana ustawa o prawach pacjenta jest tego dowodem) i przykro się robi na myśl, że kodeks etyki lekarskiej czyni lekarza zawsze winnym wszystkich niekorzystnych zdarzeń medycznych zainicjowanych zarówno przez niego samego, jak i przez niewydolny system i ślepy los.

ANDRZEJ MICHALSKI

KEL lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy. Dzisiaj nie można byłoby pominąć art. 2 ust. 2 KEL, który stanowi, iż najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady. W chwili rozstrzygnięcia tej sprawy przytoczony zapis jeszcze nie obowiązywał.

Okręgowy Sąd Lekarski, na podstawie zebranego materiału dowodowego, uznał dyrektor winną zarzucanego jej przewinienia i wymierzył karę upomnienia.

Utrzymując w mocy zaskarżone orzeczenie, Naczelny Sąd Lekarski stwierdził, że w tym wypadku nastąpiło przemieszanie aspektów formalnoprawnych i etyczno-deontologicznych w postępowaniu lekarza, a wręcz ich zderzenie. Odnosi się to zarówno do ordynatora, jak i obwinionej dyrektorki. Problem ten polegał na tym, że obie panie, będąc lekarzami, pełniły jednocześnie funkcje administracyjne. Postępowanie ich regulują zatem zarówno zasady i przepisy ściśle merytoryczne – wynikające z wiedzy medycznej, etyki i deontologii lekarskiej, jak i przepisy administracyjne. Rzeczywiście ordynator OIOM naruszyła przepis nakazujący hospitalizację tylko chorych ubezpieczonych. Naraziła także w ten sposób ZOZ na nieuzasadnione koszty w wysokości 122 000 zł. W sumie, w postępowaniu obu lekarzy pełniących jednocześnie funkcje administracyjne (jedna ordynatora oddziału, druga zastępcy dyrektora ds. lecznictwa) zawiera się to fatalne zderzenie zasad i przepisów regulujących całość postępowania lekarskiego. Lekarze natomiast bardzo często występują w takiej podwójnej roli – lekarskiej i administracyjnej.

W uzasadnieniu przytoczono przepis art. 41 ustawy o izbach lekarskich, brzmiący: Członkowie samorządu lekarskiego podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii lekarskiej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza, oraz zapisy Kodeksu Etyki Lekarskiej, który w pkt 3 przyrzeczenia lekarskiego oraz w wielu przepisach szczegółowych nakazuje lekarzowi kierować się zawartymi w nich zaleceniami. Ze wszystkich tych przepisów wynika, iż w całym postępowaniu lekarz powinien przedkładać dobro chorego nad wszelkie inne względy. Wymogi Kodeksu Etyki Lekarskiej idą tak daleko, że obowiązek dbania o godność zawodu (art. 1, pkt 1) przyjmowany jest przez lekarskie sądy rozszerzająco – zakres odpowiedzialności lekarza w tym względzie obejmuje całe jego postępowanie i zachowania, którymi może podważyć zaufanie do zawodu, a nie tylko w zakresie dotyczącym wykonywania czynności lekarskich (art. 1, pkt 3). Te przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej i taka ich szeroka interpretacja, a także dobre obyczaje lekarskie (choć nieskodyfikowane) oznaczają, że lekarz, bez względu na funkcje i role, jakie w danych okolicznościach odgrywa, czy w jakich w ogóle okolicznościach może się znaleźć, nie przestaje być lekarzem. Za każde też zatem swoje postępowanie, uznane przez sąd lekarski za niezgodne z szeroko rozumianymi zasadami etyczno-deontologicznymi, może być, choć nie musi, przez sąd lekarski pociągnięty do odpowiedzialności. Sąd uznał za zasadne, że obwiniona, będąc lekarzem i wymierzając karę dr W. za jej działania, od których ta w danych okolicznościach odstąpić – realizując obowiązek udzielenia pomocy choremu – nie mogła (art. 69 KEL), uchybiła wyżej wymienionym przepisom i zasadom etyczno-deontologicznym zawartym w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Będąc bowiem lekarzem, obwiniona nie mogła nie mieć świadomości, że wymierza innemu lekarzowi karę za merytorycznie i etycznie prawidłowe postępowanie.

Orzeczenie Naczelnego Sądu Lekarskiego nie zapadło jednomyślnie. Przytoczona sytuacja nie jest opisana w sposób wyczerpujący. W innej sytuacji znajduje się lekarz podejmujący decyzję o przyjęciu nieubezpieczonego chorego przywiezionego karetką z wypadku, a w innej lekarz przyjmujący chorego przekazywanego z innego szpitala (spychoterapia?). Czy jednak to lekarz powinien ponosić konsekwencje nieustalenia przez ustawodawcę płatnika nakazywanych prawem świadczeń? Bez względu na to, jaką funkcję pełni?

PS: Docierają do nas informacje, że publikowane artykuły są kontrowersyjne. I taka jest ich rola, dlatego nasz apel o przedstawianie Waszych poglądów. My ograniczamy się do prezentowania stanowisk tzw. linii orzeczniczej sądów lekarskich. Być może nasze własne spostrzeżenia byłyby jeszcze bardziej kontrowersyjne.

Peryskop

Spadek zachorowań na raka piersi

Francja notuje znaczący spadek zachorowań na raka piersi. Przyczyną tego jest, z jednej strony, stosowanie leczenia hormonalnego kobiet w okresie klimakterium, z drugiej zaś, zmiana trybu życia i przyzwyczajzeń Francuzek.

Według lekarzy spadek liczby zachorowań w ostatnich latach to wynik rozposzechnionych badań mammograficznych wśród pań w wieku od 50 do 74 lat oraz zmiany złych przyzwyczajzeń. Lekarze oceniają, że wpływ na zmniejszenie liczby zachorowań ma picie nie więcej niż dwóch kieliszków wina dziennie i walka z otyłością. Organizacje walczące z rakiem piersi apelują do pań, by zachodziły w ciążę przed 25. rokiem życia. W 1970 r. kobiety zachodziły w pierwszą ciążę statystycznie w wieku 24 lat, na początku XXI stulecia – 29 lat. Jedną z przyczyn spadku liczby zachorowań jest także leczenie hormonalne. Stosuje je o 62 procent więcej pań w okresie klimakterium niż w roku 2000. W ciągu ostatnich 7 lat liczba kobiet, które poddały się badaniom mammograficznym, wzrosła ponadtrzykrotnie.

Nowy sposób leczenia zaćmy

Nowa technologia znacząco zmniejszyła wielkość nacięcia potrzebnego do usunięcia zmętniałej soczewki z oka, co poprawia wyniki operacji.

Zaćma (katarakta) to choroba polegająca na postępującym, bezbolesnym mętnieniu soczewki oka. Jest najczęstszą z odwracalnych przyczyn ślepoty – dotyczy dziesiątek milionów osób na całym świecie. Leczenie zaćmy polega na usunięciu zmętniałej soczewki i wstawieniu w jej miejsce plastikowej protezy. W rogówce oka robi się dwa niewielkie otworki, ultradźwiękowo rozdrabnia soczewkę, a następnie wprowadza zwinioną w rulonik sztuczną soczewkę i pacjent może wrócić do normalnego życia.

To jedna z operacji najczęściej przeprowadzanych przez publiczną służbę zdrowia. Dotychczas trzeba było wykonać nacięcie o średnicy 2,7 mm. Jednak wspomagające rękę chirurga i unieruchamiające oko pacjenta urządzenie o nazwie Stellaris pozwala dokonać zabiegu poprzez jeszcze mniejszy otwór – tylko 1,8 mm.

Peryskop

Podobnie działają konkurencyjne rozwiązania Sovereign oraz Infinity. Dzięki mniej inwazyjnej, szybkiej i bezbolesnej operacji pacjenci rzadziej mają problemy ze zogniskowaniem wzroku i nie wymagają tak starannej opieki, jak przy dawniejszych rozwiązaniach. Jedyne problemy to niewystarczająca elastyczność niektórych soczewek – nie da się ich zwinąć na tyle ciasno, by przeszły przez otwór mający mniej niż 2 mm średnicy.

Chirurdzy usunęli ślepe kyszkę przez usta

Zespół szwedzkich lekarzy ze szpitala uniwersyteckiego w Goeteborgu po raz pierwszy w Europie przeprowadził operację usunięcia ślepej kiszki przez usta 30-letniej kobiety.

Podobne zabiegi z wykorzystaniem tzw. chirurgii transgastycznej były już wykonywane w Indiach i w USA. Zespół lekarski z Goeteborga otrzymał zgodę na przeprowadzenie 30 operacji wewnątrz jamy brzusznej metodą transgastyczną. Chodzi o sprawdzenie jej możliwości oraz przydatności w normalnej praktyce szpitalnej. Pierwsza operacja w Goeteborgu, zdaniem kierującego zespołem zabiegowym dr. Per-Ola Parka, zakończyła się sukcesem. – Pacjentka wkrótce po przebudzeniu udała się do domu i czuje się bardzo dobrze – powiedział Park. Jego zdaniem za stosowaniem tej metody przemawiają zarówno względy medyczne, jak i ekonomiczne.

Podczas operacji transgastycznej pacjent jest usypiany, a zdalnie sterowane instrumenty oraz kamera wprowadzane są do jamy brzusznej przez usta. Przez usta wydobywany jest też usunięty narząd. Niepotrzebne jest więc otwieranie jamy brzusznej, krótszy jest też czas rekonwalescencji i pobytu w szpitalu.

Depresję można skutecznie leczyć

Depresja jest jedną z najczęstszych i groźnych chorób wieku podeszłego, ale – jak przekonują specjaliści – można ją skutecznie leczyć.

Docent Tadeusz Parnowski z warszawskiego Instytutu Psychiatrii i Neurologii podkreśla, że depresja może dotyczyć nawet połowy ludzi powyżej 60. roku życia. Dlatego bardzo ważna jest rola osób bli-

Początek diagnostyki w gabinecie lekarza rodzinnego

Zawsze mieć na uwadze

Nowotwór złośliwy. Takie rozpoznanie przeraża pacjenta oraz jego rodzinę. Brzmi jak wyrok odroczone na kilka lat albo tylko na kilka miesięcy. Im wcześniej choroba rozpoznana, tym większa szansa na dłuższe życie. Niestety, wielu pacjentów dociera do specjalistów zbyt późno. Dlatego tak ważna jest profilaktyka. W niej upatruje się istotny element obniżania wskaźnika śmiertelności, a podwyższania wskaźnika wyleczalności.

Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu bardzo aktywnie włączyło się w realizację Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, którego celem jest poprawa zaopatrzenia placówek onkologicznych w sprzęt oraz sprzyjanie wszelkim działaniom profilaktycznym. Przedsięwzięcie zaplanowano na 10 lat, przeznaczając na ten cel 3 miliardy złotych. Chodzi zwłaszcza o powszechne przekonanie, że trzeba i warto się badać, że nie można lekceważyć najdrobniejszych symptomów choroby.

W programie „Prewencja pierwotna chorób nowotworowych w populacji Wielkopolski w latach 2007–2015” przewidziano wiele działań, kierowanych także do dzieci i młodzieży. Na nowotwory złośliwe zapada około 13 tys. mieszkańców naszego regionu, co stanowi 10 procent zachorowalności w Polsce. Dla porównania, cztery lata temu liczba ta nie przekraczała 11,5 tys. Kobiety najczęściej zapadają na raka piersi i szyjki macicy, mężczyźni natomiast na raka płuc, jelita grubego i żołądka. U onkologów często pojawiają się w znacznym stopniu zaawansowania choroby, a to na ogół wyklucza stosowanie leczenia radykalnego. Wskaźnik wyleczeń sięga u nas 30–35 procent, podczas gdy w innych krajach jest wyraźnie wyższy (na przykład w USA wynosi 55–60 procent).

Im wcześniej rozpocznie się walkę z nowotworem, tym pacjent ma większe szanse. Równocześnie, co niezmiernie ważne, leczenie może być mniej agresywne. Wykorzystuje bowiem radioterapię, chemioterapię, hormonoterapię i hipertermię. Według dr. Janusza Mедера z Polskiej Unii Onkologii większość pacjentów lekceważy pierwsze

objawy choroby nowotworowej, a co gorsza, nie zawsze rozpoznają je lekarze niezwiązani z onkologią. Tymczasem podejrzenia powinny budzić w określonych sytuacjach na przykład chrypka, kaszel, krwawienie z dróg rodnych, z przewodu pokarmowego, powiększanie się znamion.

Szczególne miejsce w profilaktyce przypada lekarzom rodzinnym. Zdaniem zastępcy dyrektora ds. lecznictwa WCO w Poznaniu, dr. Jerzego Załuskiego, na początku diagnostyki powinni oni zawsze mieć na uwadze nowotwory. I w zależności od pierwszych objawów kierować do odpowiedniego specjalisty, na przykład laryngologa, ginekologa czy gastrologa. Oni z kolei decydować będą, czy kolejna pilna wizyta konieczna jest u onkologa. Równie ważna rola przypada lekarzom rodzinnym w trakcie leczenia. Gdy stosowane są cytostatyki, konieczna jest dobra znajomość różnych dolegliwości i zagrożeń. Odpowiednio trzeba reagować w skomplikowanych sytuacjach. Z kolei u kresu życia pacjenta ważne jest, aby możliwie jak najmniej odczuwał cierpienie. Nowoczesne leczenie przeciwbólowe powinno być stosowane na właściwym poziomie.

W krajach zachodnich lekarz rodzinny jest także opiekunem pacjenta onkologicznego, a po dwóch, trzech latach po zakończeniu leczenia przejmuje nad nim pełną opiekę. – *My staramy się – mówi dr J. Załuski – kierować pacjentów do lekarza rodzinnego po pięciu latach. Jednakże sami pacjenci nie zawsze tego chcą i gdy zachodzi potrzeba zasięgnięcia porady, kierują się do onkologa. I wcale nie tak rzadko zdarza się, iż ta porada nie ma charakteru onkologicznego, dotyczy zupełnie innej dolegliwości.*

nowotwór

– *Współpracujemy z lekarzami rodzinnymi* – kontynuuje dr Załuski – *organizujemy szkolenia i kursy*. Kolejny odbędzie się w tym roku, jubileuszowym (55 lat) dla WCO. Onkologia nieustannie się rozwija. Na przykład w radioterapii wykorzystywane są techniki tak zwane go podania celowego, które nawet wtedy, gdy dawka jest duża, oszczędza zdrowie tkanki. Nieustannie nowe leki stosowane są w chemioterapii. Również te o charakterze celowanym. Są jednak bardzo drogie, miesięcznie kuracja kosztuje nawet 20 tysięcy złotych. I stąd pro-



blemy z refundacją. Na szczęście, są programy terapeutyczne. Już realizowany w leczeniu raka piersi, być może kolejne niebawem dotyczyć będą leczenia celowanego w wypadku raka wątroby i nerki. Rozwija się ponadto hormonalne leczenie nowotworów, zwłaszcza raka piersi. Umożliwia ono ograniczanie stosowania chemioterapii.

W profilaktyce bardzo ważne są zachowania lekarza i pacjenta. W tych relacjach nie ma miejsca na niedopowie-

zenia. Od lekarza oczekuje się, że dysponuje najnowszą wiedzą i na początku diagnostyki właściwie pokieruje leczeniem. Od pacjenta, że uważnie obserwuje swój organizm i w porę dotrze do gabinetu lekarskiego. Bo profilaktyka jest sumą działań mających zapobiec chorobie przed jej rozwinięciem się. Działania, które kontrolują przyczyny i czynniki ryzyka. Działania, mających w jednym wypadku przywracać zdrowie, a w drugim hamować postęp lub powikłania choroby.

W takim rozumieniu, jak czytamy na stronie internetowej WCO (www.wco.pl), wyróżnia się trzy fazy profilaktyki:

1. profilaktykę pierwotną (I fazy) – ma na celu utrwalenie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia i zapobieganie szerzeniu się niekorzyst-

nych wzorców zachowań, w odniesieniu do osób zdrowych;

2. profilaktykę wtórną (II fazy) – ma zapobiegać konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie (przesiewowe badania skryningowe mające na celu wykrycie osób chorych);

3. profilaktykę III fazy, której działania zmierzają do zahamowania postępu choroby oraz ograniczenia powikłań.

ANDRZEJ PIECHOCKI

Peryskop

skich, którzy powinni zauważyć obniżenie nastroju, kłopoty ze snem, brak łaknienia czy inne niepokojące zmiany, jak częste mówienie o śmierci, brak motywacji do działania. Wtedy ważne jest, żeby skutecznie zachęcić pacjenta do leczenia, bo depresja zlekceważona lub niezauważona przez otoczenie jest zagrożeniem dla życia chorego. Według statystyk samobójstwo jest przyczyną zgonu od 20 do 30 procent chorych na depresję. Prezes stowarzyszenia „Aktywnie Przeciwko Depresji” Joanna Chatizow mówi, że lekarze pierwszego kontaktu powinni odgrywać większą rolę w jak najwcześniejszym i prawidłowym rozpoznawaniu depresji ludzi starszych. Stąd szkolenia w dziedzinie psychogeriatry dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz rodzinnych. Joanna Chatizow podkreśla, że depresja przestaje uchodzić za chorobę wstydlivą, dlatego łatwiej zdecydować się na jej leczenie. Docent Tadeusz Parnowski zwraca uwagę, że gdy pacjenta trudno namówić na wizytę u psychiatry, może skorzystać z porady lekarza innej specjalności, na przykład geriatry lub psychogeriatry.

Więcej informacji można znaleźć na stronie internetowej www.depresja.org.

Stres zwiększa ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy

Kobiety zestresowane mają mniejsze szanse na zwalczenie zakażenia wirusem, który wywołuje raka szyjki macicy – wynika z najnowszych amerykańskich badań, o których informuje pismo „Annals of Behavioral Medicine”. Nie chodzi tu jednak o silny stres wywołany np. ważnymi wydarzeniami w życiu, jak rozwód, utrata pracy czy śmierć bliskiej osoby, ale raczej o stres związany z codziennym życiem, zaznaczają autorzy pracy.

Rak szyjki macicy jest wywołany przez wirus brodawczaka ludzkiego (HPV), przenoszący się głównie drogą płciową. Większość aktywnych seksualnie ludzi zakaża się tym wirusem.

Istnieje ponad 100 typów HPV, ale około 15 z nich wywołuje nieprawidłowe zmiany w zakażonych komórkach szyjki macicy, co prowadzi do rozwoju raka. Najczęstsze są dwa typy wirusa – HPV16 i HPV18, które odpowiadają niemal za trzy czwarte wszystkich raków szyjki. Jak

Peryskop

tłumaczą autorzy najnowszej pracy, sama infekcja HPV nie wystarczy, by zachorować na ten nowotwór. W większości wypadków organizm pozbawia się wirusa po 6–24 miesiącach. Wystarczy do tego skuteczna obrona układu odporności.

Najnowsze badania zostały przeprowadzone w grupie kobiet mających przedrakowe zmiany w szyjce. Poproszono je o wypełnienie kwestionariusza na temat stresów w ostatnim miesiącu oraz najważniejszych stresujących wydarzeń w życiu. – *Byliśmy zaskoczeni, że nie było znaczącego związku między ciężkimi doświadczeniami życiowymi a reakcją układu odporności na HPV16* – komentuje prowadząca badania dr Carolyn Y. Fang z Fox Chase Cancer Center w Filadelfii. – *Ale, być może, rolę odgrywa tu czas, jaki upłynął od zdarzenia i to, jak dobrze pacjentka sobie z nim poradziła* – dodaje. Okazało się natomiast, że pacjentki, które oceniały się jako zestresowane na co dzień, częściej miały osłabioną reakcję odporności na HPV16. Zdaniem badaczy, oznacza to, że kobiety te są bardziej narażone na raka szyjki macicy, gdyż ich układ odpornościowy nie potrafi zwalczyć jednego z najczęściej wywołujących ten nowotwór typów HPV.

Nowa szczepionka szansą życia dla milionów

Duński Państwowy Instytut Szczepionek SSI opracował nową szczepionkę przeciwko gruźlicy, dzięki której – w perspektywie kilkudziesięciu lat – może nastąpić zlikwidowanie tej choroby.

Jedną z najważniejszych cech nowego medykamentu jest zwielfokrotniona w porównaniu z dzisiejszymi szczepionkami moc oraz długotrwałość oddziaływania. Stosowane obecnie szczepionki zabezpieczają przed chorobą na 10–15 lat. Natomiast nowa odmiana, opracowana w SSI, chroni praktycznie w ciągu całego ludzkiego życia. Szczepionka, nosząca roboczą nazwę Hyvaca4, powstała dzięki wykorzystaniu technologii genetycznej.

Zdaniem szefa pionu badawczego SSI prof. Petera Andersena pierwsze doświadczenia uzyskane przy jej zastosowaniu „są niezwykle obiecujące”. Szczepionka ta, w jego opinii, nie powoduje żadnych negatywnych skutków ubocznych.

NA PODSTAWIE SERWISU WWW.ONET.PL
OPRACOWAŁ JANUSZ SKOWRONEK

Dwudziestego lutego br. zupełnie niespodziewanie uczestniczyłem w podstoliku „Białego szczytu” w Centrum Dialogu Społecznego na ulicy Limanowskiego 23 w Warszawie. Towarzystwo doborowe: można rzec, same tuż organizacji pracowniczych i samorządowych wszystkich szczebli ochrony zdrowia – z dala od Sejmu i budynków rządowych (niechby zapragnęli protestu czy strajku okupacyjnego – stąd do centrum miasta jest kawałek drogi, a i wiatr był przeciwny).



Anna Knysok, była minister w rządzie Jerzego Buzka.

OZZL reprezentował kolega Zdzisław Szramik z Podkarpacia, obok Wiktor Masłowski (Business Centre Club) i Andrzej Śliwowski z Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Grażyna Musiałkiewicz, reprezentująca Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii, wreszcie po sąsiedzku koleżanka dr Zyta Kaźmierczak-Zagórska, przewodnicząca ORL Beskidzkiej Izby Lekarskiej. Po drugiej

stronie (może raczej przy drugim stole) Maria Ochman, przewodnicząca Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”, Urszula Michalska z OPZZ, Dorota Gardias, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, wreszcie Anna Knysok, tym razem reprezentująca Federację Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej. Za częścią prezydialną obok Józefa Grabowskiego, przewodniczą-



Minister Marek Twardowski otoczony wianuszkami pań.

Posiedzenie zespołu do spraw pracowniczych i płacowych „białego szczytu”

Okrągły stół? Już był...



Redagowanie protokołu spotkania. W tle Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Wiktor Masłowski i Maria Ochman.

cego zespołu, zasiadali sekretarze: w osobach Hanny Gutowskiej z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Macieja Sokołowskiego ze Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ.

Na pierwsze dwie godziny na „ławie oskarżonych” posadzono Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jacka Paszkiewicza, dzielnie osłanianego przez wiceministra zdrowia Marka Twardowskiego. Gdy po przerwie kawowej dopadłem do aparatu fotograficznego, był już za ścianą – przesłuchiwany przez zespół o profilu ekonomicznym... Cdn.

MAREK WALKIEWICZ

ORL, DELEGAT PREZYDIUM POROZUMIENIA ZIELONOGÓRSKIEGO

**Przewodniczący
Zespołu
Józef
Grabowski**



Przewodnicząca Dorota Gardias z zespołem.



Autor w towarzystwie dr Zyty Kaźmierczak-Zagórskiej.

Janusz Karaszewski mistrzem Polski w karate

Wielkim sukcesem konińskiego lekarza – Janusza Karaszewskiego z Konińskiego Klubu Sportów Walki – zakończył się udział w wielostylowych I Otwartych Mistrzostwach Polski Lekarzy w Karate w Rzeszowie. Startujący w pełnokontaktowych walkach w kategorii do 85 kg koniński lekarz wywalczył tytuł mistrza Polski. Koninianin zmuszony był startować o dwie kategorie wagowe wyżej, niż planował, z uwagi na fakt, że w jego kategorii wagowej (do 75 kg) nie przyjechali przeciwnicy. Podopieczny trenera Stanisława Kamockiego, pomimo krótkiego okresu przygotowawczego, wykazał wielkiego ducha walki, bezapelacyjnie pokonując w finale ponad 10 kg cięższego Tomasza Kleczkowskiego z Lublina. W zawodach organizowanych przez Rzeszowski Klub Oyama Karate i Okręgową Izbę Lekarską w Rzeszowie startowali lekarze z całej Polski reprezentujący różne sporty walki, m.in.



kyokushin karate, oyama karate czy kung-fu, rywalizując w pełnokontaktowej formule knockdown. Jak powiedział trener Stanisław Kamocki – „wynik Janusza Karaszewskiego przerósł nasze oczekiwania, bowiem koniński zawodnik jechał na zawody po przebytym przeziębieniu, a na miejscu okazało się, że musi walczyć z dużo od siebie cięższymi zawodnikami. Jak by tego było mało, w drodze na zawody staliśmy ponad dwie godziny w korku na autostradzie, a później ponad godzinę na parkingu w związku z awarią samochodu. Dotarliśmy więc na te zawody w kiepskich nastrojach i z wielkimi obawami, tym bardziej że zdawaliśmy sobie sprawę z faktu, że formuła walki, w której startowali lekarze, to formuła pełnokontaktowa i każda różnica wagi stanowi zagrożenie”. Wyjazd na zawody był możliwy dzięki pomocy wielu instytucji i firm, w tym firmy Lek Polska (ketonal).

Dawka mediów



ANDRZEJ
PIECHOCKI

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje te mniej ważne oraz ważne i bardzo ważne. Fascynujące, poruszające, nadzwyczajne. Głównym składnikiem małej dawki mediów są fragmenty informacji rzeczowych.

Bo nigdy nie był

Pracownicy ochrony zdrowia zachowują się dziś rynkowo, ale system państwowej służby zdrowia nie jest na to przygotowany, bo nigdy nie był i politycy robili wszystko, by takim go nie uczynić. Projekty ustaw przygotowane przez minister Kopacz, mówiące o wprowadzeniu ubezpieczeń dodatkowych, przekształceniu szpitali w spółki prawa handlowego z silnym nadzorem właścicielskim czy wreszcie określenie „koszyka negatywnego”, czyli dopłat pacjentów do niektórych zabiegów – to zrezy, na których taki rynek można zacząć tworzyć. A jednak w odpowiedzi na pytanie, w którą stronę system będzie ewoluował,

rząd Platformy Obywatelskiej udziela sprzecznych odpowiedzi. Jakby bał się swoich własnych koncepcji – prezentuje projekt dodatkowych ubezpieczeń i zapowiada listę świadczeń, których nie będzie finansował NFZ, ale boi się wprowadzić współpłacenie, choć z takiego rozwiązania korzysta większość krajów Unii Europejskiej.

PAWEŁ WALEWSKI, „POLITYKA”

PET w drodze do Poznania

Poznań dostanie PET – urządzenie do wczesnego wykrywania nowotworów. Pozytonowe tomografy emisyjne pozwalają dokładnie zobrazować zmiany nowotworowe, lokalizować ognisko choroby i planować radioterapię. Mają je już Bydgoszcz, Gliwice, Kielce, Warszawa i Wrocław. W kolejce czeka Gdańsk. Cenne urządzenie trafi do Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. Do Poznania przyjedzie też niebawem drugi PET. Chce go zakupić dla swojego poznańskiego ośrodka firma Euromedic. Sprzęt ma stanąć w centrum diagnostycznym, które dzierżawi pomieszczenia od szpitala HCP.

BOJ, MAKO, „GAZETA WYBORCZA”

Pionierski za 13 500 złotych

Pierwsza taka operacja. Pionierski zabieg w Poznaniu. Poznański ortopeda

przeprowadził dwie rekonstrukcje więzadeł kolana podczas jednej operacji. To pierwszy taki wyczyn w kraju, bo zwykle podobne uszkodzenia operowano etapami. Była to jednocześnie wielkopolska premiera biologicznej rekonstrukcji zerwanej łąkotki. – *Dzięki tej metodzie nasz pacjent odzyska pełną sprawność i opóźni się u niego zwyrodnienie stawu* – mówi dr med. Tomasz Piontek, specjalista ortopedii i chirurgii urazowej z poznańskiej Kliniki Orthomedica, która była miejscem pionierskiego zabiegu. Dla pacjentów otwiera się lepsza przyszłość, bowiem teraz szybciej będą wracać do zdrowia i z nadzieją na odzyskanie pełnej sprawności. Na razie barierą jest jednak cena kolagenowego rusztowania. Wynosi ona 8500 złotych. Do tego 5000 złotych trzeba zapłacić za zszywki.

DANUTA PAWLICKA,
„POLSKA. GŁOS WIELKOPOLSKI”

W oryginale są nazwiska

Według zestawienia Narodowego Funduszu Zdrowia 6,5 proc. wielkopolskich lekarzy leczy pacjentów po ponad sto godzin w tygodniu! Czy wszyscy lekarze rzeczywiście pracują tyle, ile deklarują? Opracowanie przygotowane przez fundusz miało pomóc dyrektorom szpitali w negocjacjach z lekarzami. Ale okazało się kijem w mrowisko: krytykują je i dy-

Nina Szmyt

Za co kocham moje miasto?

Za mgły poranne nad rzeką
za to, że wszędzie niedaleko
za bicie dzwonów
za spacer miedzą
za rumianki bez zakłóceń pod Wieżą
za aleje, parki i cmentarze
za mszę wieczorną we Farze
za ludzi, zwierzęta i ptaki
za ulice deptaki i niedeptaki
za złodziei, malarzy, poetów
za to, że na cmentarz blisko
a do lekarza daleko
za parasole, gdy pada deszcz,
za to, że po prostu jest.

Śrem, 2007

Moja kolęda to cicha piosenka

Moja kolęda to cicha piosenka
przed snem śpiewana chociaż nie ma komu
skromna kolacja, kawa w białym kubku
i kot cichutko chodzący po domu.

Moja kolęda to mój smutek gorzki
i łza co z oczu pod choinkę pada
zdumienie ciche i ślad stóp na śniegu
i pies wyjący smutnie u sąsiada.

Moja kolęda to cud chwil zwyczajnych
cichutka drzemka o szarej godzinie
wieczór wśród bliskich spędzony przyjaźnie
i „w żłobie leży” grane na pianinie.

Moja kolęda to rząd białych krzyży
z dała od kraju w dalekim Loretto
stawiany chłopcom polskim, którzy tam ginęli
by pokój ludziom przyniósł każdy wieczór.

Moja kolęda gdy ktoś się zatrzyma
tu nad tym wierszem i uwierzy szczerze
że wszystkie słowa które tu pisałam
daję Wam wszystkim w świątecznej ofierze.

2005

rektorzy, i lekarze. – *NFZ powinien szukać pieniędzy na godziwe wynagrodzenia dla nas, a tymczasem szuka haków* – mówi medyk z poznańskiego szpitala dziecięcego, który woli zachować anonimowość. Zestawienie czasu pracy lekarzy Wielkopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia przygotował na podstawie danych ze stycznia tego roku, korzystając z dokumentów przygotowanych przez szpitale i przychodnie. Obejmuje ono tylko pracę w ramach kontraktu z NFZ, a więc np. bez godzin pracy w prywatnych gabinetach. Z wykazu wynika, że 64,5 proc. lekarzy pracuje nie więcej niż 48 godzin w tygodniu, prawie jedna piąta leczy chorych 72 godziny tygodniowo, a 9,3 proc. – od 72 do 100 godzin. Niemal 6,5 proc. medyków pracuje ponad 100 godzin. W wersji oryginalnej dokument zawiera nazwiska pracocholików.

MARIA BIELICKA, „GAZETA WYBORCZA”

Zbiórą 100 tysięcy podpisów?

Kolejna odsłona polityczna wokół *in vitro*. LiD rozpoczyna wielką społeczną akcją poparcia idei refundacji z budżetu państwa sztucznego zapłodnienia: będzie zbierać podpisy pod projektem ustawy i prowadzić kampanię informacyjną. – *To nasza sztandarowa inicjatywa. W tym półroczu chcemy doprowadzić ją do*

końca – mówi „Dziennikowi” szef SLD Wojciech Olejniczak. – W skład komitetu założycielskiego inicjatywy wejdą nie tylko parlamentarzyści, ale i autorytety. Zarejestrowanie komitetu to sprawa najbliższych tygodni. Potem rozpocznie się zbieranie 100 tys. podpisów pod obywatelskim projektem ustawy oraz kampania informacyjna. Były minister zdrowia Marek Balicki przekonuje, że w systemie są pieniądze na refundację *in vitro*. Koszt procedury wynosi 10 tys. zł. Szacuje się, że gdyby był on refundowany, rocznie dotyczyłoby to 25 tys. par. – *Wychodzi 250 mln zł. Za 2007 rok Narodowy Fundusz Zdrowia ma nadwyżki ponad miliard złotych. Wyraźnie widać, że refundacja in vitro to problem ideologiczny* – uważa Balicki. WHO uznaje niepłodność za chorobę społeczną. W Polsce cierpi na nią około miliona par.

ANNA MONKOS, „DZIENNIK”

W razie nagłej śmierci

Akcja zachęcająca posłów do wypełnienia deklaracji, że w razie nagłej śmierci godzą się zostać dawcami narządów, rusza w parlamencie. Pomysłodawcą przedsięwzięcia jest Tomasz Latos, poseł PiS, z zawodu lekarz radiolog. Deklaracje ma rozdawać na posiedzeniach Sejmowej Komisji Zdrowia, a także klubu PiS. – Sam noszę podobne oświadczenie

woli w portfelu. Po co mi po śmierci nerka albo wątroba, skoro może komuś uratować życie – argumentuje. Zgodnie z ustawą transplantacyjną z 2005 roku, lekarze mogą pobrać narządy do przeszczepu, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu. W praktyce jednak najbliżsi zmarłego często sprzeciwiają się pobraniu narządów, a transplantolodzy nie chcą pobierać organów wbrew ich woli.

WIKTOR FORECKI, „WPROST”

Nie rozpoznał ciąży

To miała być rutynowa operacja. 48-letnia kobieta przyszła do lekarza wyciąć przepuklinę. Jednak ten w czasie zabiegu usunął także powiększoną i siną macicę. Myślał, że wycina nowotwór. Tymczasem wewnątrz było zdrowe siedmiomiesięczne dziecko. Ciąży nie rozpoznał ani lekarz, ani kobieta, która od siedmiu miesięcy nie miała okresu, ale myślała, że przechodzi menopauzę. Chirurg z Cieszyna oskarżony jest o przypadkową aborcję i wywołanie bezpłodności. Stanisławowi K. grozi za to 12 lat więzienia. Właśnie ruszył proces. Wszystko zdarzyło się dwa lata temu. Lekarz sam zgłosił się na policję, ale do winy się nie przyznał. Biegli uznali, że popełnił błąd w sztuce.

WWW.DZIENNIK.PL

SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR
RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA
I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE
Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL

KRZYSZTOF OŻEGOWSKI



Gdy piszę ten ściepek, rząd premiera Tuska obchodzi właśnie studniówkę. Na temat osiągnięć innych ministerstw nie będę się wypowiadał, natomiast to, co zgotowało nam ministerstwo zdrowia ze swą szefową na czele, można określić tytułem (a dla szukających „drugiego dna” nie tylko) powieści Honore de Balzaka „Stracone złudzenia”. O tzw. pakiecie ustaw wcześniej już wspominał w swoim tekście prezes. Podobno przygotowane są już i inne akty prawne. Jeśli są one przynajmniej tak „genialne” jak zaprezentowane, to chyba należy zacząć się ponownie bać. O tym, że minister Kopacz najwyraźniej nie ma pomysłu na to, co zrobić z lekarzami i ochroną zdrowia, najlepiej świadczy jej ostatni pomysł ogłoszony przy okazji „Akademii ku czci stu dni”. Tym, którzy nie śledzą z zapartym tchem poczyniła szefowej resortu zdrowia spieszę wyjaśnić, że chodzi o zniesienie stażu podyplomowego i to już od 2009 roku! Przyznacie Państwo, że pomysł jest co najmniej kontrowersyjny i stojący w opozycji do wieloletniego „tradycyjnego” systemu kształcenia lekarzy w Polsce. To, że idea ta nie była z nikim konsultowana, nie muszę chyba wyjaśniać. Ale w tym projekcie zmian w kształceniu lekarzy nie to jest „najzabawniejsze”. „Najzabawniejsze” jest uzasadnienie tego kroku. Żeby nie trzymać Państwa zbyt długo w napięciu, od razu je zdradzę. Otóż staż podyplomowy lekarzy ma być zlikwidowany po to, by poczynić oszczędności i zaoszczędzone sumy przekazać na wynagrodzenia rezydentów oraz (cokolwiek by to znaczyło) do budżetów akademii medycznych. Tu dygresja – ciekawe, gdzie zamierza minister przekazywać pieniądze, gdyż najwyraźniej nie zauważyła, że powoli nie ma już w Polsce „akademii medycznych”, za to rozpleniły się „uniwersytety medyczne”. Ale wróćmy do zaoszczędzonych pieniędzy. Ma to być według ministerstwa 130 milionów złotych. Ciekawe, skąd ta suma, skoro według tegoż ministerstwa mamy około 2500 absolwentów lekarzy i 800 absolwentów

dentystów. Jeśli w podobny sposób ministerstwo liczy i inne „oszczędności”, to w zasadzie niczemu nie należy się już dziwić. No dobrze, powie ktoś, pieniądze pieniędzmi, ale co z lekarzami? Otóż drugą przesłanką do zlikwidowania stażu podyplomowego jest szybkie pozyskanie „mięsa armatniego”, czyli dodatkowych tanich dyżurantów. Czyżby to miała być jedyna ministerialna recepta na rozwiązanie dyżurowego węzła gordyjskiego? O takich drobiazgach związanych ze zniesieniem stażu jak konieczna zmiana programu kształcenia studentów medycyny, zgodności i dopuszczalności takiego rozwiązania z prawem UE i podpisanymi przez Polskę umowami nie padło podczas reklamowej konferencji minister Kopacz ani słowo (zapewne tylko z braku czasu, bo przecież nie przypuszczam, że problem nie został przemyślany).



W ubiegłym miesiącu pozwoliłem sobie zasugerować słowo określające zachowanie Narodowego Funduszu Zdrowia. Słowem tym jest arogancja. Długo nie trzeba było czekać na potwierdzenie tego. Otóż prezes Paszkiewicz, przymuszony zmianą ustawy, zobligowany został do przedstawienia propozycji nowych warunków ogólnych umów. Jego arogancja przejawiała się tu w klinicznej postaci, po pierwsze w treści propozycji, po drugie w terminarzu tzw. negocjacji. Jak wyglądają rozmowy z funduszem, opisał w swoim wstępniku Naczelny. To też jest przejawem głęboko zakorzenionej arogancji i braku poszanowania dla drugiej strony przez fundusz. A ponieważ nic nie wskazuje, by miało się to szybko zmienić, uważam, że rozmowy z funduszem powinno prowadzić się *pro forma*, by „chłopcom z funduszu” wydawało się, że będą mogli wyciąć podobny numer jak podczas poprzednich negocjacji. Natomiast poważne rozmowy nasi przedstawiciele powinni przeprowadzić z ministerstwem zdrowia, które zapewne w sytuacji braku porozumienia będzie zobligowane do wydania rozporządzenia według własnego pomysłu. I by te pomysły były po naszej myśli, a nie jak poprzednio, po myśli NFZ, trzeba już teraz zadbać wykorzystując fakt, iż mamy w ministerstwie „swoich” ludzi. Tymi „naszymi” są ministrowie Twardowski i Włodarczyk, którzy poprzednio byli po drugiej stronie barykady i głośno wyrażali niezadowolenie z faktu, że minister zdrowia nie uwzględnił postulatów tzw. strony społecznej w wydanym rozporządzeniu. Tym razem będą mieli okazję się wykazać i pokazać, że nie zapomnieli, gdzie są ich korzenie, być może bez przypominania, że

NZOZ poszukuje do współpracy
w okolicach Poznania,
w ramach umowy
z Narodowym Funduszem
Zdrowia
lekarzy specjalistów:

kardiologa
ortopedę
urologa

Telefon kontaktowy:
606 62 62 36

Wynajmę lokal z windą na przychodnię lekarską

Poznań-Plewiska, ul. Grunwaldzka, tel. kontaktowy 604178635
e-mail: marek.gluszczynski@paluckie-flaki.eu

- parter pow. 380 m²
- piętro z dużą klatką schodową oszkloną i windą o pow. 500 m²
- oraz drugie piętro z windą o pow. 500 m²
- duży parking
- bardzo dobra lokalizacja w Centrum Handlowym nowego osiedla Plewiska

25 kwietnia w Teatrze Nowym w Poznaniu

BURZA

W miesiącu związanym ze Światowym Dniem Służby Zdrowia spotykamy się na premierze słynnej sztuki **William Szekspira**. Przedstawienie zarezerwowane jest tylko dla nas! Może mądra sztuka potrafi uspokoić burzę w ochronie zdrowia, która nie z naszej woli jest naszym udziałem? Musicie zobaczyć ostatni dramat angielskiego mistrza.

Posłuchajcie Kalibana jak mówi: „*Mowę mi dałeś; cała z tego korzyść, że kląć dziś mogę, niech za to na ciebie zaraza padnie*”.

I Prospera w jednym z najsłynniejszych ustępów mistrza ze Stratfordu:

*Igraszki nasze skończone. Aktorzy,
Jak ci mówiłem, to wszystko są duchy,
Które w powietrzu we mgłę się rozwiały.
Tak jak nietruwała budowa tej złudy,
Tak wieże chmur sięgające, olbrzymie
Pałace, piękne świątynie, glob cały
I wszystko na nim w nicość się obróci
I niby zwiewne widowisko zniknie
Bez śladu. Myśmy z tej samej materii,
Co mary sennie, i krótkie to życie
Kończy się snem.*

Prosimy delegatury o przekazanie zapotrzebowania na bilety. Najpóźniej w dniu Okręgowego Zjazdu Lekarzy, a wszystkich zainteresowanych o indywidualne zgłoszenie rezerwacji w sekretariacie WIL. **KOMISJA KULTURY**

ministrem się bywa, a lekarzem się jest i trzeba potem móc spojrzeć kolegom w oczy bez ciemnych okularów.



Podczas XXVII Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Lekarzy jednym ze sponsorów były firmy motoryzacyjne, które przed wejściem urządziły wystawę proponowanych dla lekarzy modeli samochodów.



Wystawa ta sprowokowała komentarze naszych kolegów nawiązujące do słynnego hasła: „Pokaż lekarzu, co masz w garażu”. Propozycje haseł reklamowych były różne. Od „Lekarzu miej je w garażu”, poprzez „Mają auta za 100 tysięcy, chcą mieć za 200” do zwycięzcy „Protestują, by jeździć takimi”. A jakie propozycje mają Państwo? Na zwycięzców nie czekają nagrody.

NZOZ zatrudni stomatologa

do pracy w Czarnkowie

**kontrakt NFZ
+ prywatne**

Dojazd z Poznania
samochodem na koszt firmy
dobre warunki płacowe

kontakt: 505 071 350
061 830 20 48 po 22.00

PRACA DLA LEKARZA

NZOZ w Poznaniu
(Podolany)

zatrudni lekarza

z doświadczeniem w POZ

Praca w niepełnym
wymiarze czasu,

zastępstwo w okresie urlopowym

Kontakt: 061 82 21 391

0602 103 449

Spotkajmy się w Filharmonii



Kasa biletowa FP, ul. Wieniawskiego 1 (wejście od Auli Uniwersyteckiej), od poniedziałku do piątku w godz. od 13.00 do 17.00 oraz na godzinę przed koncertem, tel. 061 853 69 35.

7 marca (piątek) 2008, godz. 19, Aula Uniwersytecka
PO RAZ PIERWSZY W POLSCE

Frank Strobel – dyrygent
Ewa Kupiec – fortepian
Orkiestra Filharmonii
Poznańskiej

8 marca (sobota) 2008, godz. 11, Aula Uniwersytecka
PRO SINFONIKA – STOPIEŃ TĘCZOWY KLOWNI I BRAHMS
Frank Strobel – dyrygent
Antoni Hoffmann – lektor
Orkiestra Filharmonii
Poznańskiej

8 marca (sobota) 2008, godz. 15, Aula Uniwersytecka
PRO SINFONIKA – STOPIEŃ BŁĘKITNY KLOWNI I BRAHMS
Frank Strobel – dyrygent
Antoni Hoffmann – lektor
Orkiestra Filharmonii
Poznańskiej

14 marca (piątek) 2008, godz. 19, Aula Uniwersytecka
NASI GOŚCIE
Tadeusz Strugała – dyrygent
Paweł Kowalski – fortepian
Orkiestra Symfoniczna
Filharmonii Pomorskiej

14 marca (piątek) 2008, godz. 19, Sala Koncertowa
Filharmonii Pomorskiej
Marek Pijarowski – dyrygent
Bogdan Czapiewski – fortepian
Orkiestra Filharmonii
Poznańskiej

16 marca (niedziela) 2008, godz. 18, Aula Nova Akademii
Muzycznej

**GŁOSY PRZYJACIOŁ
Wojciechowi Drabowiczowi
w 1. rocznicę śmierci**

Jacek Sykulski – dyrygent
Poznański Chór Chłopięcy
Aleksandra Lewandowska – sopran
Ilona Krzywicka – sopran
Violetta Hebrowska – mezzosopran
Mikołaj Adamczak – tenor
Michał Partyka – baryton
Patrik Rymanowski – bas
Laura Sobolewska – fortepian

19 marca (środa) 2008, godz. 19, Aula Uniwersytecka
MUZYKA PASYJNA
Stefan Stuligrosz – dyrygent
Anna Mikołajczyk-Niewiedział – sopran
Anna Karasińska – sopran
Wojciech Maciejowski – tenor
Andrzej Klimczak – bas
Orkiestra Filharmonii
Poznańskiej
Chór Chłopięcy i Męski
Filharmonii Poznańskiej
„Poznańskie Słowiki”

29 marca (sobota) 2008, godz. 18, Aula Uniwersytecka
385. KONCERT POZNAŃSKI KAPRYS I WARIACJE
Michael Sanderling – dyrygent
Giorgi Kharadze – wiolonczela
Krzysztof Szaniecki – prowadzenie koncertu
Orkiestra Filharmonii
Poznańskiej

30 marca (niedziela) 2008, godz. 18, Aula Nova Akademii
Muzycznej
**PROLOG 39. POZNAŃSKIEJ
WIOSNY MUZYCZNEJ
PRZEDWIOŚNIE**
Olga Pasiiecznik – sopran
Natalia Pasiiecznik – fortepian

Henryka Staszewska

przykład wyjątkowej cierpliwości w chorobie... odeszła

*Człowiek nigdy nie umiera,
dopóki żyje w sercach, słowach i wspomnieniach innych.*

17 listopada 2007 r. po kilkunastoletniej ciężkiej chorobie zmarła dr med. Henryka Staszewska.

Henia urodziła się 8 maja 1937 r. w Pobiedziskach k. Poznania.

Do szkoły średniej uczęszczała w Prywatnym Liceum Żeńskim *Sacre Coeur* w Polskiej Wsi w Pobiedziskach. W 1954 r. zdała maturę, a potem już jako lekarz służyła swoją pomocą chorym siostram w klasztorze. Mimo zdanego egzaminu wstępnego na studia na Wydział Lekarski nie została przyjęta w 1954 r. Przez rok pracowała jako wolontariuszka w Szpitalu Miejskim im. J. Strusia w Poznaniu. W 1955 r. rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim w Poznaniu, a dyplom lekarza otrzymała w marcu 1962 r. Tego samego roku podjęła pracę w Obwodowej Przychodni Poznań-Grunwald. W maju 1964 r. rozpoczęła specjalizację z zakresu rehabilitacji

w Klinice Medycyny Rehabilitacyjnej AM w Poznaniu w ramach stypendium Ministerstwa Zdrowia – Studium Doskonalenia Lekarzy. Egzamin pierwszego stopnia zdała w 1967, a drugiego w 1969 roku.

Henia była lekarzem bardzo sumiennym, zdyscyplinowanym, wykazywała wielkie umiejętności dydaktyczne oraz zdolności do samodzielnego opracowania zagadnień naukowych. Bardzo wszechstronnie badała każdego chorego, odznaczała się wielką życzliwością i serdecznością także wobec zespołu, z którym pracowała.

Kierownik Kliniki Rehabilitacji p. docent J. Tomaszewska, doceniając jej zdolności i wiedzę, powierzyła Heni także pracę w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej – Poradni Zaopatrzenia Ortopedycznego, gdzie przyjmowała pacjentów nie tylko z województwa, ale z całej Polski. W 1978 r. otrzymała etat naukowo-dydaktyczny.

W 1986 r. Henia obroniła rozprawę doktorską na temat: *Przewodzenie aferentnych włókien nerwowych w kończynach górnych u chorych z zabu-*

rzeńiami ukrwienia kończyn dolnych. W tym też roku uzyskała etat starszego asystenta, a później adiunkta Kliniki Rehabilitacji AM w Poznaniu.

W lipcu 1989 roku zachorowała z powodu naczyniaka rdzenia w odcinku piersiowym z porażeniami kończyn dolnych. Od tego momentu zdana była jedynie na pomoc osób innych, korzystając wyłącznie z wózka inwalidzkiego. Już jako osoba niepełnosprawna brała czynny udział jako lekarz specjalista rehabilitacji od 1998 do 2007 roku w corocznych turnusach rehabilitacyjnych organizowanych przez Solidarność Wielkopolską dla dzieci kalekich. W opinii organizatorów Henia była uwielbianą przez dzieci i rodziców, którym przekazywała w serdeczny i przystępny sposób swoją wiedzę w usprawnianiu dzieci. Stworzyła bardzo ciepłą i życzliwą atmosferę wśród personelu opiekującego się dziećmi niepełnosprawnymi. Cieszyła się ogromnym szacunkiem zarówno personelu, jak też rodziców. W sierpniu 2007 r. ostatni raz brała udział w turnusie i zaledwie trzy dni, gdyż pogarszający się stan zdrowia nie pozwolił jej na dłuższy pobyt.

Z koleżankami, które ją odwiedzały w Pniewach u siostr urszulanek, czy w Poznaniu, rzadko rozmawiała o swojej chorobie. Zawsze interesowała się życiem poszczególnych koleżanek, z którymi była zaprzyjaźniona w czasie swojej długoletniej pracy w Klinice Rehabilitacji. Pytania skierowane bezpośrednio do Heni dotyczące jej choroby, zbywała milczeniem. Natomiast chętnie służyła radą i pomocą. Przez ostatnie sześć lat Henia zmagala się dodatkowo z chorobą nowotworową. Te osiemnaście trudnych lat wiernie i troskliwie opiekował się Henią jej brat – ojciec Antoni, dominikanin, oraz dorywczó grono przyjaciół.

Heniu, żegnamy Cię z wielkim żalem, zachowując na zawsze w pamięci bliską sercu koleżankę oraz mądrego, do „bólu” uczciwego i ofiarnego lekarza. Nam, koleżankom, które znałyśmy Ciebie kilkadziesiąt lat, przekazałaś wspaniałe cechy osobowości człowieka lekarza o wielkim profesjonalizmie, który z pokorą znosząc własne cierpienia, pomagał jeszcze innym chorym. Taka, Heniu, pozostaniesz w pamięci, sercu, słowach i wspomnieniach najbliższych, a zwłaszcza przyjaciół z Kliniki Rehabilitacji im. W. Degi w Poznaniu.

MARIA BYCZYŃSKA-STACHOWSKA



ALZHEIMER

Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie stara się otoczyć możliwie wszechstronną pomocą i wsparciem osoby dotknięte chorobą Alzheimera. Od lutego tego roku w Ośrodku Informacji Alzheimerowskiej oraz w Poradni Geriatryczno-Gerontologicznej można korzystać z bezpłatnych porad psychologa, prawnika, pracownika socjalnego, psychiatry, pedagoga oraz rehabilitanta. Organizujemy też grupy wsparcia dla rodzin i opiekunów osób chorych. Ponadto prowadzimy dwa domy dziennego pobytu dla chorych z zaburzeniami otępiennymi – Ośrodek Rehabilitacyjno-Adaptacyjny i Środowiskowy Dom Samopomocy. Zamierzamy także stworzyć hospicjum alzheimerowskie.

Nasze doświadczenia wynikające z codziennego kontaktu z osobami zgłaszającymi się do stowarzyszenia wskazują, jak ważną rolę w wykrywaniu choroby odgrywają lekarze pierwszego kontaktu. Wiemy ponadto, że szybka reakcja na niepokojące objawy oraz otoczenie specjalistyczną opieką zarówno pacjentów, jak i ich rodziny, pomaga przedłużyć sprawność psychofizyczną chorych, a także przygotować najbliższych na nadchodzące zmiany.

Chcielibyśmy zachęcić Państwa do współpracy z nami i kierowania do stowarzyszenia osób, u których istnieje pode-

POMÓŻMY, ZANIM ZAPOMNĄ



rzeńie zaburzeń typu alzheimerowskiego (np. występują problemy z pamięcią krótkotrwałą). W połowie roku zamierzamy wydać broszurę – poradnik dotyczący choroby Alzheimera oraz informator o domach opieki społecznej w Wielkopolsce. Obie publikacje oraz ulotki informacyjne chętnie prześlemy wszystkim zainteresowanym.

Kontakt: Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie, ul. Zagórze 7/9, Poznań tel. 061 855 02 73, 061 855 02 74, 061 855 02 75

Żegnajcie
liczne raty

Witajcie
pieniądze



Pożyczka konsolidacyjna

Zamień wszystkie raty na jedną niższą

Zapraszamy do oddziału Citi Handlowy:

Leszno, ul. Paderewskiego 5, tel. (065) 528 81 88

Konin, Pl. Zamkowy 1, tel. (063) 245 74 78

Kalisz, ul. Św. Stanisława 11, tel. (062) 767 85 20

Poznań, ul. Dąbrowskiego 57, tel. (061) 842 06 32

ul. Głogowska 16, tel. (061) 865 40 79

ul. Wierzbicice 44a, tel. (061) 835 40 42

ul. Rynek Łazarski 1, tel. (061) 886 68 42

Pl. Wolności 4, tel. (061) 854 40 41

lub do Centrum Pożyczkowego CitFinancial w Poznaniu:

ul. Matejki 1 (róg Grunwaldzkiej), tel. (061) 865 60 04

Os. Kosmonautów 104, tel. (061) 828 81 92

ul. Górna Wilda 71 (przy ul. Różanej), tel. (061) 835 49 50

ul. Fredry 3 (naprzeciwko restauracji WZ), tel. (061) 852 52 42

Centrum Medyczne ENEL-MED (www.enel.pl) istnieje od 15 lat. Posiadamy sieć przychodni w Polsce, szpital w Warszawie oraz ponad 360 partnerów medycznych. W ENEL-MED pracuje ponad 850 osób. Obsługujemy 280 000 pacjentów.

W związku z dynamicznym rozwojem naszej placówki w Poznaniu (lokalizacja: Kupiec Poznański) **poszukujemy:**

LEKARZY SPECJALISTÓW

Nr ref.: POZ/OIL

W SZCZEGÓLNOŚCI:

- GINEKOLOGÓW,
- LEKARZY MEDYCYNY PRACY,
- KARDIOLOGÓW,
- ORTOPEDÓW,
- UROLOGÓW,
- ENDOKRYNOLOGÓW,
- OKULISTÓW,
- RADIOLOGÓW,
- PEDIATRÓW,
- STOMATOLOGÓW ZACHOWAWCZYCH.

Wymagania:

- II stopień specjalizacji lekarskiej lub ukończona specjalizacja w trybie jednostopniowym,
- co najmniej 5-letni staż pracy w zawodzie, w tym doświadczenie w zakresie posiadanej specjalizacji,
- znajomość języka angielskiego będzie dodatkowym atutem.

Oferujemy:

- możliwość pracy w prężnie rozwijającym się ogólnopolskim Centrum Medycznym o stabilnej pozycji rynkowej,
- realne możliwości rozwoju poprzez atrakcyjny system szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych,
- elastyczny system zatrudnienia.

Osoby zainteresowane naszą ofertą prosimy o przesłanie cv z podaniem numeru referencyjnego na adres podany poniżej lub wypełnienie formularza znajdującego się na naszej stronie internetowej www.enel.pl



ul. Słomińskiego 19
00-195 Warszawa
lub na adres e-mail:
rekrutacja@enel.pl
fax.: 022 431 77 03

Uprzejmie informujemy, że skontaktujemy się tylko z wybranymi kandydatami.

Prosimy o dopisanie klauzuli: "Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 (Dz. U. Nr 133, poz.883)"

NZOZ „Szpital w Puszczykowie
im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego”
Sp. z o.o.
62-041 Puszczykowo, ul. Kraszewskiego 11

zatrudni lekarzy

chcących specjalizować się w zakresie neurologii. Posiada dwa wolne miejsca akredytacyjne.

Istnieje możliwość zamieszkania w Domu Pracowniczym.

Zainteresowane osoby prosimy o zgłoszenie się w Biurze Zarządu Spółki
(nr tel. 0 61 8 133 252).

KANCELARIA RADCY PRAWNEGO

ŁUKASZ NOWAK
Spółka komandytowa

60-827 Poznań
al. Marcinkowskiego 20/3
Tel. 0 601 50 80 59

e-mail: k508307350@op.pl
przemek@503693022@wp.pl



ESTETICA
Prywatny Gabinet Stomatologiczny

Bogato wyposażony gabinet stomatologiczny z dużą liczbą pacjentów w Śremie podejmie współpracę

**z lekarzem
stomatologiem**

SKOK *izb Lekarskich*

Mieszkanie w kolorach				TYLKO
Przykładowa kwota pożyczki	60 miesięcy Rata	48 miesięcy Rata	36 miesięcy Rata	8,9%
30 000 PLN	621,36	745,18	952,66	

BEZ PORĘCZYCIELI – BEZ HIPOTEKI – DO 80 000 PLN

POŻYCZKA „PREMIUM”				bez zbędnych formalności
Przykładowa kwota pożyczki	36 miesięcy Rata	24 miesiące Rata	12 miesięcy Rata	
20 000 PLN	659,55	936,85	1 772,36	

**LOKATA
INVEST+ 7%**

WYPŁACAJ PIENIĄDZE KIEDY CHCESZ
I NIE TRĄC ODSETEK !!!

PRZEDSTAWICIELSTWO PRZY OIL W POZNANIU,
61-734, ul. Nowowiejskiego 51,
tel. 061 851 87 58 w.108, fax 061 851 87 62

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:
Infolinia 0-801-88-88-11
www.skokil.pl

specjalna oferta kredytowa dla lekarzy



- promocyjne oprocentowanie obniżone o 2 punkty procentowe
- maksymalnie uproszczony proces kredytowy
- wystarczy wypełnione zaświadczenie o zarobkach i dwa dokumenty tożsamości

Zapraszamy do placówek eurobanku:

– Poznań:

ul. Św. Marcin 19, ul. Głogowska 77,
ul. Wrocławska 5, CH M1 ul. Szwajcarska 14,
Stary Browar ul. Półwiejska 42,

– Swarzędz:

Rynek 32-33.

zadzwoń
95 23

koszt jak za połączenie lokalne
wg stawki operatora

Nowoczesny NZOZ
w centrum Poznania
zatrudni

STOMATOLOGA
z II^o specjalizacji

- Bardzo dobre warunki zatrudnienia
- Kontrakt z NFZ

Tel. 605 30 23 23
lub 061 84 88 069 wieczorem

Areszt Śledczy
w Poznaniu
zatrudni lekarzy
specjalistów:
psychiatrów
internistów
i medycyny
rodzinnej.

tel. (0-61) 85 68 322

NZOZ w Koninie
zatrudni

**LEKARZA STOMATOLOGA
TECHNIKÓW DENTYSTYCZNYCH
HIGIENISTKĘ STOMATOLOGICZNA**
0-509 077 100; 0-63 242 85 74
bsdent@vp.pl

P.U.W. Medical sp. z o.o.
zatrudni w Swarzędzu

**lekarza
stomatologa**

tel. 061 81 74 110

NZOZ zatrudni

**lekarzy
dentystów
w gabinetach
stomatologicznych
w Poznaniu
i okolicznych
miejscowościach
(do 60 km)**

**Oferujemy dobre
warunki finansowe
tel. 061 840 61 08
698 663 406**

LARYNGOLOG

z II^o specjalizacji
poszukuje pracy
tel. 500 522 522
e-mail: biuro@laryngolog.poznan.pl

**Lekarz pediatra
poszukuje pracy
na terenie Poznania**

(24 lata stażu)
tel. 068 32-65-012
0606 811-299

**Lekarka w trakcie
specj. z pediatrii**

szuka dodatkowej
popołudniowej pracy w POZ
tel. 606 103 609

NZOZ w Poznaniu
zatrudni

Stomatologa

tel. 061 872 15 83
0501 141 050



Kompleks Okulistyczno – Optyczny VISUS oraz
firma ESSILOR w dniach 01.02 – 30.04. 2008r proponuje
lekarzom soczewki okularowe progresywne.

W tym okresie możecie Państwo parę soczewek zakupić
płacąc tylko za jedną.

ZAPRASZAMY:

- Kompleks Okulistyczno – Optyczny VISUS
Poznań ul. Św. Marcin 18 tel. 061-853-04-09
- Centrum Soczewek Kontaktowych VISUS
Poznań ul. Ratajczaka 8 tel. 061-855-00-70

Wiersze



ALOJZY ADAMSKI

O polocie

Bywają wiersze bez polotu
o dniu codziennym i zmaganiach.
O pracy pośród znoju, potu,
o której sensie nie masz zdania.
Sedno poezji to wiersze z duszą
(„nie o problemach tu i teraz”),
co uszlachetnią, uskrzydlą, wzruszą...
Żal, że je często... wiatr poniewiera.

Potęga rozumu

Człowiek kalkuluje i często „gdyba” –
Im głębiej myśli, bardziej tkwi w dybach.

Salve!

Niechaj żyje dolce vita!
A cukrzyca wnet zawita.

Kurtuazja

Pożegnania pada zdanie:
„A co złego, to nie my”.
Tu reakcja ostra na nie,
a gospodarz niesłychanie
podniecony oraz zły:
„Co? – a może my?”.

ANGIELSKI

dla początkujących
średnio i zaawansowanych

NATIVE SPEAKER

Andy 508 457 495



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 12 000 egz.

siedziba WIL: 61-734 POZNAŃ, ul. Nowowiejskiego 51

centrala tel. (061) 852 58 60; prezes (061) 851 87 66; praktyki indywidualne (061) 851 87 62
rejestr lekarzy (061) 851 87 58; księgowość (061) 851 87 59, faks/tel. (061) 851 87 62

e-mail: izba@wil.org.pl www.wil.org.pl

**Konto WIL: PKO BP SA
4. Oddział w Poznaniu
45 1020 4027 0000 1102 0404 3501**

ADRESY DELEGATUR WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:

DELEGATURA W KALISZU

62-800 Kalisz, ul. Nowy Świat 1-5
przewodniczący – dr Krzysztof Hajdo
tel./faks (062) 766 41 43, tel. (062) 502 66 16
sekretarki – Maria Linkowska, Ilona Błaszczuk
kalisz@wil.org.pl

DELEGATURA W KONINIE

62-502 Konin, ul. Makowa 2
przewodniczący – dr Krzysztof Poleć
tel./faks (063) 245 66 10, 0 783 993 909
sekretarka – Izabela Tomaszewska
konin@wil.org.pl, www.wil.konin.pl

DELEGATURA W LESZNIE

64-100 Leszno, ul. Sygietyńskiego 47
przewodniczący – Przemysław Kozanecki
tel. (065) 526 67 44, tel./faks (065) 526 65 59
sekretarka – Hanna Krukowiecka
leszno@wil.org.pl, www.wil.leszno.pl

DELEGATURA W PILE

64-920 Piła, ul. Kryniczna 2
przewodnicząca – Teresa Kwiecińska-Koźmińska
sekretarki – Bogumiła Janitz, Małgorzata Szyliniec
tel./faks (067) 212 04 87
pila@wil.org.pl, www.delegaturapiiska.poznet.pl

DELEGATURA OSTROWSKO-KROTOSZYŃSKA

63-400 Ostrów Wlkp., ul. Kolejowa 24A
przewodniczący – Wiesław Wawrzyniak
tel. (062) 735 44 80, 0 600 027 035

kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL

redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski

członkowie redakcji: Janusz Skowronek, Piotr Śliwiński, Krzysztof Ożegowski,
Andrzej Cisło, Krzysztof Hajdo, Krzysztof Poleć, Przemysław Kozanecki,
Wiesław Wawrzyniak

zdjęcie na okładce: DiGiTouch

Na zlecenie WIL wydany przez

TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: termedia@termedia.pl, <http://www.termedia.pl>

druk: CGS drukarnia sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów w nadesłanych tekstach. Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca.

Dla lekarzy kredyt bez zbędnych formalności!

Bez zaświadczenia o zarobkach!



Wystarczy **dyplom** lekarza lub dyplom ukończenia studiów medycznych!

- niskie, równe raty
- bez poręczycieli i innych zabezpieczeń
- kwota nawet do 80 000 złotych
- na okres nawet do 6 lat
- z atrakcyjnym ubezpieczeniem Kredytobiorcy
- oprocentowanie już od 9,98%*

Zapraszamy do Placówek db kredyt:

Poznań, ul. Półwiejska 25, (061) 858-46-20;
Poznań, ul. Głogowska 65, (061) 886-49-80

Infolinia db kredyt:



0801 801 390

Koszt jednego impulsu taryfy lokalnej.



www.dbkredyt.pl

To bank dobrych kredytów.

Grupa Deutsche Bank



WITRYNA INTERNETOWA WIL

www.wil.org.pl

Aktualne informacje o pracach izby
Bieżące sprawy pogrupowane tematycznie
Zmiany w przepisach
Przegląd prasy
Newsletter
Serwis stomatologiczny
Giełda ogłoszeń (praca, sprzęt)

The screenshot shows the homepage of the Wielkopolska Izba Lekarska (Wielkopolska Medical Chamber) website. The header features the organization's logo and name, along with navigation links for 'Strona główna', 'Nasza Izba', 'Serwisy', and 'Stomatolodzy'. A search bar is located in the top right corner. The main content area is divided into several sections: a news article about Ewa Kopacz's candidacy for Minister of Health, a section for 'Logistyczne lekarskie' with links to 'SINULIS 2007/08' and 'PROTEST 2007', a 'w serwisach:' section listing various services, and a 'Newsletter' section. On the right side, there is a 'PRZYRZECZENIE LEKARSKIE' section with a search bar and a list of news items, including 'Pismo Prezesa WIL do Dyrektorów SP202', 'Ewa Kopacz objęła urząd Ministra Zdrowia', 'Dymisja szefa NFZ', 'O lekarzach sądowych raz jeszcze', 'Przesunięcie terminu złożenia aktualizacyjnej komunikat WOW', 'Piątek 2 listopada dniem wolnym w biurach WIL', 'Pismo WIL do Oddziału NFZ', and 'Lekarze do Sejmu! - po wyborach wśród parlamentarzystów Wielkopolski jest lekarz'. The footer contains the copyright information: '© 2007 Wielkopolska Izba Lekarska - Serwis Internetowy - XHTML and CSS'.